

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DES ACCIDENTS SECONDAIRES
DES FOSSES NASALES DANS LA SYPHILIS ACQUISE
CHEZ L'ADULTE,

Par le Dr **Paul TISSIER.**

I

Il faut distinguer nettement les manifestations secondaires de la syphilis acquise nasale, du coryza qui s'observe si souvent, en tant que forme précoce de la syphilis héréditaire, chez les nouveaux-nés.

Malgré la fréquence de la syphilis, ce n'est pas du tout un sujet rebattu, que la question des accidents secondaires qui peuvent se produire dans les fosses nasales.

Voici ce qu'en disent les auteurs : « La première manifestation de la syphilis constitutionnelle est très souvent le catarrhe nasal syphilitique. Chez l'adulte, en raison du peu de troubles qu'il provoque et de la largeur des fosses nasales, il passe souvent inaperçu, ou bien est rapporté à un refroidissement. Je n'ai pas encore vu jusqu'ici de papules ou de condylomes spécifiques de la muqueuse nasale ; par contre, il n'est pas rare d'observer des papules squameuses, suintantes et ulcéreuses dans le sillon naso-labial. La question de savoir s'il existe aussi des ulcérations superficielles de la muqueuse nasale, consécutives à la désintégration de productions syphilitiques précoces, doit être tranchée par l'affirmative, mais on n'a pas observé de lésions osseuses » (Schech). Cette dernière phrase, où l'auteur semble accepter nettement l'existence de manifestations secondaires nasales ulcéreuses, ne saurait se rapporter à la syphilis se-

condaire, dont le propre, sur toutes les muqueuses, est de déterminer des lésions tout à fait superficielles, de lécher plutôt que de mordre.

« La syphilis à la période secondaire se traduit avant tout, dans les fosses nasales, par un catarrhe qui ne se distingue pas du rhume de cerveau ordinaire. S'agit-il là, comme dans l'angine syphilitique ou dans la laryngite syphilitique catarrhale, seulement d'une hyperémie avec sécrétion plus ou moins abondante, ou y a-t-il formation de plaques muqueuses ? C'est là un point qui n'est pas encore suffisamment élucidé. En tout cas, l'affection se limite à la surface de la muqueuse. Aussi le coryza syphilitique chez l'adulte passe-t-il souvent inaperçu. » *Moldenhauer*.

Rosenthal est encore plus réservé.

Bresgen considère l'érythème et les papules (accidents précoces) comme rares, et il se borne à ajouter : « Elles paraissent siéger le plus souvent sur la cloison et sur le plancher.

Réthi n'est pas plus explicite ; nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir plus loin sur ces diverses opinions.

De la lecture des auteurs spéciaux, dermatologistes aussi bien que rhinologistes, ressort donc cette constatation précise, que nous sommes loin encore d'être fixés sur la fréquence, le siège et les variétés des accidents syphilitiques secondaires du nez.

La plupart n'ont pu constater de plaques muqueuses proprement dites sur la muqueuse nasale (*Schech*, *M. Mackenzie*, *Moldenhauer*, *Bresgen*, *Rethi*, *Rosenthal*, *Michelson*, etc.).

Bassereau n'en signale qu'au niveau de l'orifice externe (2 cas sur 110 malades hommes). A peu près seuls, *Davasse* et *Deville* signalent 8 fois sur 186 femmes, à la période secondaire de la syphilis, l'existence dans les fosses nasales de plaques muqueuses.

Telle est la raison qui nous a déterminé à entreprendre de nouveau l'étude de cette question pendant le séjour que nous avons fait, au mois de septembre dernier, à l'hôpital de Lourcine, en remplacement de M. le docteur Renault. Voici le résumé de 25 observations, portant toutes sur des femmes

présentant des manifestations secondaires cutanées ou muqueuses.

Disons tout d'abord que la presque totalité des malades n'accusaient aucun trouble du côté du nez.

II

A. — Rhinite érythémateuse.

OBSERVATION I^{re}. — Amélie, 18 ans. Chancre il y a deux mois; rien dans la gorge; vestibule intact. A droite, état érythémateux diffus très marqué; tuméfaction considérable du cornet inférieur. A gauche, tuméfaction du cornet inférieur, coloration normale de la muqueuse.

Obs. II. — Hélène, 20 ans. Chancre il y a sept semaines; à droite, catarrhe aigu, érythème très marqué sur la cloison; sécrétion muco-purulente; rien au vestibule; à gauche, état normal.

Obs. III. — Louise, 18 ans. Premiers accidents remontant à cinq mois; syphilis amygdalienne intense; rien aux narines. A droite, état normal; à gauche, catarrhe subaigu, mucosités abondantes engainant tout le cornet inférieur.

Obs. IV. — Gabrielle, 19 ans. Premiers accidents remontant à deux mois; plaques amygdaliennes. Rien au niveau des orifices externes des narines. A droite, rougeur diffuse très marquée de toute la partie antérieure de la cloison, s'accroissant à la partie la plus antérieure, où l'on voit une petite tache, arrondie, non surélevée, d'un rouge-vif intense. Muco-pus liquide blanchâtre abondant à la partie postérieure de la cloison, couvrant une surface congestionnée. Rien aux cornets. A gauche, rien.

Obs. V. — Amélie, 17 ans. Contagionnée le 14 juillet 1891. Traitée depuis lors. Amygdales énormes présentant encore des accidents secondaires. A droite : état érythémateux de la partie antérieure de la cloison. Tuméfaction du cornet inférieur. A gauche : léger état érythémateux de la cloison; quelques mucosités en stries; tuméfaction moyenne du cornet inférieur, très marquée du cornet moyen.

Obs. VI. — Amélie, 23 ans. Premiers accidents remontant à un mois. Syphilis amygdalienne intense. A droite : vive injection diffuse de la muqueuse; sécrétion peu abondante. A gauche : mucosités peu adhérentes recouvrant la muqueuse fortement injectée; extrémité antérieure du cornet inférieur recouverte de

mucosités au-dessous desquelles la muqueuse présente un aspect érythémateux léger.

Obs. VII. — Berthe, 19 ans. Début des premiers accidents il y a cinq mois. Syphilis amygdalienne. A droite : légère tuméfaction du cornet inférieur, coloration normale ; à gauche, hyperémie diffuse surtout marquée sur le cornet moyen.

B. — *Syphilis érosive.*

Obs. VIII. — Louise, 22 ans. Accident datant de deux mois ; syphilis bucco-pharyngée. Rien dans les narines. A droite, injection marquée de la cloison, érosion superficielle ; à gauche, rougeur diffuse.

Obs. IX. — Suzanne, 29 ans. — Contagion en février 1892. A droite, légère hypertrophie du cornet inférieur, coloration normale ; à gauche, hypertrophie de la partie antérieure du cornet inférieur, sur la partie correspondante de la cloison, présentant un éperon, érosion superficielle arrondie, à bords plats, entourée d'une zone fortement érythémateuse ; papules spécifiques à l'union de la narine et de la lèvre, sur le bord de l'aile du nez et sur la sous-cloison.

Obs. X. — Marie, 21 ans. Premiers accidents remontant à un an. A droite, rien. A gauche, tuméfaction molle du cornet inférieur, érythème diffus de la cloison ; petite érosion sur la partie antérieure de la cloison, à surface recouverte d'un exsudat blanc-grisâtre, entourée d'une auréole rouge-vif.

Obs. XI. — Angeline, 18 ans. Premiers accidents en juin 1892. A droite, état normal, sauf une légère tuméfaction molle du cornet inférieur ; coloration plutôt pâle. A gauche, sur la cloison, érosion du diamètre d'une lentille, ovulaire à grand diamètre vertical, à fond blanc opalin, à bords rouges. Rien sur les cornets.

Obs. XII. — Léontine, 20 ans. Premiers accidents il y a trois mois ; syphilis pharyngo-amygdalienne. A droite, rien ; à gauche, sur la cloison, au niveau d'un éperon, rougeur très marquée et légère ulcération.

Obs. XIII. — Marie, 23 ans. Premiers accidents remontant à un mois et demi. A droite, rougeur diffuse peu marquée. A la réunion de la cloison et de la sous-cloison, ulcération suintante superficielle, légèrement surelevée ; à gauche, injection par plaques de la cloison ; à la partie antérieure, ulcération allongée

d'avant en arrière, ovulaire, à fond blanc-grisâtre, coloré en noir à la partie inférieure de l'ulcération (épistaxis).

Obs. XIV. — Anna, 25 ans. Début des accidents en mars 1892. Syphilis amygdalienne. A droite, rien ; à gauche, à l'orifice des narines, à l'angle externe, ulcération fissuraire ; large exulcération vestibulaire suivant le rebord de l'aile du nez, à quelque distance du bord libre, plus profonde vers la partie antérieure, recouverte d'un exsudat blanchâtre adhérent. Deux petites érosions sur la partie antérieure de la cloison.

Obs. XV. — Marguerite, 18 ans. Premiers accidents il y a cinq mois. A droite, sur la cloison déviée, érosion, recouverte d'un exsudat peu épais, assez adhérent ; à gauche, érosion de même aspect occupant le rebord et empiétant sur la face supérieure du cornet inférieur située vers l'union de son $\frac{1}{3}$ antérieur avec ses $\frac{2}{3}$ postérieurs.

C. Adhérences des cornets et de la cloison.

Obs. XVI. — Louise, 18 ans, début en août 1891 ; syphilides amygdaliennes nombreuses. Rien aux narines. A droite, rougeur diffuse ; légère tuméfaction du cornet inférieur. A gauche, érosion horizontale, recouverte d'un exsudat blanc opalin, siégeant sur la cloison en face du bord libre du cornet inférieur ; à la partie postérieure, adhérence du cornet inférieur à la cloison. Etat granité de la muqueuse.

Obs. XVIII. — Emilie, 23 ans, accidents remontant à trois ans. Rien aux narines. A droite, rien ; à gauche, adhérence de la partie postérieure du cornet moyen à la cloison ; dans le méat moyen, végétation polypiforme dure, de coloration rouge foncé.

D. Cas où l'examen est resté négatif.

Chez les 8 autres malades, l'examen fut négatif ; nous relèverons seulement l'existence, chez 5 malades sur 8, d'une tuméfaction bilatérale ou plus souvent unilatérale des cornets inférieurs.

III

Fréquence. — En résumé, lésions nasales 17 fois sur 25 cas, soit dans une proportion de 68 0/0. Dans les 17 cas,

12 fois (obs. I, II, III, IV, VII, X, XI, XII, XIII, XIV et XVII) les lésions étaient unilatérales, soit 70,5 0/0 ; 4 fois bilatérales (obs. V, VI, IX et XV), soit 29,4 0/0 ; 1 fois prédominantes d'un côté.

L'érythème est tantôt diffus 2 fois sur 6 (obs. I et VI), tantôt marqué surtout sur la cloison 3 fois sur 6 (obs. II, IV, V), rarement sur le cornet (obs. IX).

Dans tous les cas avec ulcérations, on a constaté la présence d'ulcérations sur la cloison ; dans 2 cas sur 8 (obs. XIII et XIV), il en existait en même temps dans le vestibule, et, dans un cas, sur le cornet inférieur ; une fois (obs. XIV), deux érosions siégeaient sur la cloison du même côté.

Dans un cas, on a noté des papules au niveau du vestibule (obs. IX) coïncidant avec une ulcération de la cloison.

Chez deux malades s'étaient développées des adhérences entre la cloison et le cornet inférieur (obs. XVI) et moyen (obs. XVII).

Une seule avait eu une épistaxis récente et présentait, au siège d'élection de la lésion de l'épistaxis, une érosion avec coloration noirâtre limitée en un point indiquant le lieu d'origine précis de l'hémorragie (obs. XIII).

IV

S'agissait-il bien, dans les observations que nous venons de rapporter, de lésions spécifiques ? Pour les ulcérations, la question n'est même pas à poser. Nous en dirons autant des adhérences des cornets à la cloison, adhérences dont nous avons pu surprendre pour ainsi dire la genèse dans l'observation XVI.

L'état érythémateux ne pouvait être tenu davantage pour une lésion concomitante, indépendante de la syphilis. A l'encontre de cette opinion, nous citerons son unilatéralité de règle, sa localisation fréquente à la partie antérieure de la cloison, etc.

Quant aux autres particularités, nous aurons à y revenir bientôt.

Un dernier point cependant. Parmi nos malades, la plu-

part étaient soumises au traitement mercuriel; mais celui-ci ne saurait être incriminé; qu'il nous suffise de dire, en effet, que nous avons trouvé des lésions identiques chez des malades non encore traitées, chez d'autres traitées depuis peu de temps ou depuis plusieurs mois et même, dans quelques cas, depuis un an et plus.

V

Nous sommes maintenant en état de tracer une rapide description de la syphilis secondaire du nez, en nous reportant aux données des auteurs classiques et à nos propres observations.

1° *Lésions de l'orifice et du vestibule.*

Celles-ci sont, d'une façon générale, identiques à celles de la peau, ce qui n'a pas lieu de surprendre, étant donnée la nature cutanée du revêtement du vestibule. Mais de même que dans tous les points du tégument cutané où il y a des conditions favorables d'humidité (oreille, aisselle, plis interdigitaux, etc.) les syphilides secondaires du vestibule ont une tendance à devenir suintantes et elles revêtent assez souvent la forme de papules saillantes. Au niveau même de l'orifice du nez, les lésions affectent fréquemment la forme fissuraire, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant; pareille forme est fréquente, comme on sait, à la commissure labiale.

Ce n'est que rarement, chez l'adulte, que l'on peut constater un rétrécissement marqué de l'orifice des narines et l'obstruction du vestibule par du muco-pus concrété. Nous n'avons vu semblable état que chez de rares malades, malpropres et littéralement couverts de syphilides, tels qu'on en rencontre encore de temps à autre à la consultation des hôpitaux.

Dans ces conditions, il y a parfois écoulement purulent abondant; s'agit-il seulement d'un catarrhe généralisé spécifique ou bien des infections secondes interviennent-elles, c'est là un point que nous ne pouvons trancher.

2° Lésions des fosses nasales proprement dites.

A.—La lésion fondamentale de la syphilis secondaire nasale est l'érythème diffus ou limité en certains points de la muqueuse nasale.

La muqueuse, très légèrement tuméfiée, se montre alors d'une coloration rouge vif intense, à limites diffuses, plus accentuée par places, c'est l'érythème syphilitique vermillon de la muqueuse nasale. La sécrétion est relativement peu abondante, plus ou moins adhérente, muco-purulente.

L'érythème, même lorsqu'il est localisé à une certaine région (cloison), n'a jamais de limites précises; à la périphérie, la teinte rouge foncé se fond par dégradations sensibles avec la teinte normale de la muqueuse. Un caractère important de cet érythème, qui permet, à notre avis, et contrairement à l'opinion des auteurs, de séparer nettement le coryza spécifique secondaire de l'adulte du simple rhume de cerveau, c'est son caractère unilatéral, qui ne manque pour ainsi dire jamais. Car, dans les rares cas (abstraction faite de ceux dont nous parlions tout à l'heure, avec écoulement purulent abondant, analogue à celui du coryza syphilitique des nouveau-nés) où l'érythème est bilatéral, il ne présente jamais les mêmes caractères d'intensité et de diffusion des deux côtés du nez.

Bien plus souvent l'érythème est limité, ou tout au moins beaucoup plus marqué en un point de la muqueuse. Il faut mettre en première ligne la partie antéro-inférieure de la cloison, qui en est le siège de prédilection. Beaucoup plus rarement l'érythème est surtout intense au niveau des cornets.

B. — A la phase érythémateuse succède ou se superpose assez souvent la seconde phase ou phase érosive.

Nous négligerons à dessein les érosions vestibulaires que nous avons signalées plus haut, et les érosions vues par un certain nombre d'auteurs au niveau même des choanes.

La muqueuse pituitaire est en réalité une région qui doit être placée tout à fait à part dans l'étude de la syphilis secon-

daire cutanéomuqueuse. C'est, en effet, avec la muqueuse laryngo-trachéale, la seule muqueuse revêtue d'un épithélium cylindrique à cils vibratils, que nous puissions étudier objectivement sur le vivant.

Les auteurs n'ont pas assez insisté sur cette particularité, essentielle cependant suivant nous, pour la compréhension du développement, des particularités cliniques et évolutives et de l'aspect des lésions érosives du nez, aussi bien d'ailleurs que des régions à épithélium cylindrique du larynx et de la trachée.

Le siège des accidents érosifs typiques des muqueuses se trouve sur les muqueuses dermo-papillaires, et certainement il y a une relation entre la structure du siège de la lésion et l'aspect de cette lésion elle-même. Il ne faut donc pas s'attendre à trouver sur la muqueuse nasale, pas plus que sur la partie à épithélium cylindrique de la muqueuse laryngée, des plaques muqueuses analogues à celles de la bouche, par exemple.

Il n'en pourrait être ainsi qu'au niveau de certains points modifiés par une lésion antérieure, et dont le revêtement, sous l'influence de cette dernière, se serait ordonné suivant le type malpighien.

Les érosions siègent de préférence sur la cloison; elles sont le plus souvent uniques, puisqu'une seule fois (le vestibule mis à part) nous avons noté une ulcération sur le cornet inférieur.

Nous n'avons pas cherché d'érosions spécifiques sur la partie antérieure du cornet inférieur, dont le revêtement épithélial est du type malpighien.

La partie antéro-inférieure de la cloison en est le siège de prédilection. L'existence de déviations, d'éperons sur la cloison paraît aussi être une cause d'appel.

La forme des érosions est variable, souvent assez régulière, arrondie ou ovale; les dimensions en sont petites, d'une lentille à une pièce de vingt centimes au maximum.

Elles ne sont pas saillantes, mais leurs bords sont nets, de telle sorte que la lésion paraît comme enchâssée dans la muqueuse.

La surface en est tantôt rosée et recouverte d'un léger exsudat opalin, tantôt revêtue d'un exsudat blanchâtre adhérent assez épais; au-dessous de l'exsudat, lorsqu'on cherche à enlever celui-ci par fragments, la surface de l'érosion est congestionnée et saigne facilement.

L'érosion est le plus souvent très superficielle; quelquefois cependant elle semble pouvoir intéresser la couche sous-épithéliale (épistaxis).

Autour de la lésion, halo érythémateux rouge intense, quelquefois même livide, assez large et décroissant par degrés, pour se fondre dans la zone érythémateuse dans le champ de laquelle s'est développée l'érosion.

Ces érosions sont peu sécrétantes, non douloureuses spontanément et très peu sensibles au contact.

Pas plus que *M. Mackenzie*, *Moldenhauer*, *Réthy*, *Michelson*, nous n'avons constaté de plaques muqueuses proprement dites sur la muqueuse nasale.

Les troubles subjectifs sont, en règle générale, nuls ou négligeables.

C. — Au stade érosif succède le plus souvent le stade de retour complet « *ad integrum* ». Il n'en va pas toujours de même, mais cela seulement sans doute lorsqu'il y a, par suite d'un état anormal de la cloison ou des cornets, contact ou au moins rapprochement immédiat des cornets et de la cloison.

Dans ces cas, il peut se développer des *adhérences*, des *synéchies* entre la cloison et les cornets. Cette tendance adhésive des processus syphilitiques n'a rien qui doive nous surprendre, elle a été observée ailleurs (cordes vocales), mais nous ne pensons pas qu'elle ait été signalée dans la syphilis secondaire nasale de l'adulte.

Jurasz, en effet, qui mentionne la syphilis dans l'étiologie des *synéchies*, ne donne aucun détail sur ce point.

C'est là une terminaison qui n'est peut être pas aussi rare qu'on le pourrait supposer, puisqu'en dehors des deux cas que nous avons cités plus haut, nous en avons encore observé un autre chez un homme à notre consultation. Chez ce dernier, présentant encore des traces de *seconдарisme* pha-

ryngien, nous avons trouvé une adhérence entre la partie moyenne du cornet et la cloison, adhérence fibreuse peu étendue que nous avons sectionnée sans peine.

En résumé, érythème vermillon, érosions et possibilité de la production de synéchies, tel est le bilan de la syphilis secondaire nasale acquise.

VI

Ici pourrait s'arrêter ce travail, car nous en avons fini avec les faits objectivement constatés, dont la relation avec la syphilis est indiscutable. Nous voulons cependant dire encore un mot sur la *très grande fréquence de la tuméfaction des cornets inférieurs*.

S'agit-il d'une coïncidence? C'est fort possible, car c'est là une lésion relativement commune; cependant on peut supposer que la syphilis agit peut-être ici, non à titre de lésion spécifique, mais bien de processus inflammatoire prédisposant.

En effet, dans la syphilis existe une tendance certaine et manifeste des processus aigus ou subaigus à revêtir un caractère chronique; aussi, surtout chez les enfants, voit-on parfois, à la suite de récidives fréquentes de catarrhe aigu (spécifique), survenir une inflammation chronique (*Trousseau et Lasèque, B. Fraenkel*.)

Quoi qu'il en soit, la tuméfaction nous a paru, dans certains cas, présenter une forme un peu spéciale : atteinte de l'extrémité antérieure des cornets, tuméfaction élastique pâle, non totale, en boule ou en cerise, comme on l'observe souvent en pareil cas, mais en hauteur : l'extrémité du cornet présentant un aspect cylindrique à grand axe dirigé en haut et un peu en arrière.

Enfin, chez une de nos malades, avec une synéchie du cornet moyen et de la cloison, existait, dans le méat moyen, une *végétation dure, fibreuse, polypiforme*, de coloration rouge foncé, sur la nature de laquelle nous ne pouvons émettre aucune opinion précise.

VII

Nous n'insisterons pas sur le *diagnostic* des lésions que nous avons décrites : la limitation, le siège, l'aspect de l'érythème vermillon secondaire des fosses nasales suffiront, dans le plus grand nombre de cas, à distinguer cette lésion de celle des autres types de rhinite aiguë.

Les érosions, en raison de leurs caractères propres, ne présentent pas davantage de difficulté au point de vue du diagnostic ; elles diffèrent, en effet, essentiellement des autres ulcérations des fosses nasales (syphilitiques tertiaires, tuberculeuses, simples, etc.).

L'existence de synéchies, sans autres lésions, ne pourra que faire songer à la possibilité de la syphilis.

Les commémoratifs, l'examen des autres parties du corps, de la gorge en particulier, les effets du traitement spécifique trancheront la question dans les cas douteux.

VIII

La syphilis secondaire nasale de l'adulte n'entraîne pas par elle-même un pronostic sérieux : évoluant silencieusement, elle se termine en règle générale par la guérison complète ; la production d'adhérences est un simple incident, en général peu grave, car si nous nous en rapportons à ce que nous avons observé, elles sont peu étendues.

Néanmoins, l'apparition de la syphilis dans le nez, dès la période secondaire, ne doit peut-être pas être absolument négligée : c'est une menace pour l'avenir, qui doit faire craindre l'invasion autrement grave du tertiariisme.

Il est à remarquer en effet que, chez les syphilitiques, un ou plusieurs organes semblent particulièrement atteints par la syphilis, et tout spécialiste a vu de ces cas de laryngite secondaire avoir pour épilogue plus ou moins éloigné des lésions laryngées tertiaires. En est-il de même, dans certains cas, pour le nez ? C'est une question que nous nous bornons à poser.

Le *traitement* sera surtout général. Lorsqu'on sera à

même de soigner un syphilitique présentant des accidents secondaires du côté du nez, on pourra aussi recourir au traitement local (nitrate d'argent, insufflations d'aristol.)

(1) DAVASSE et DEVILLE. Des plaques muqueuses (*Arch. génér. de médecine*, 1845.)

(2) BASSEREAU. *Affections de la peau symptomat. de la syphilis*, Paris, 1852.

(3) TROUSSEAU et LASÈGUE. *Archives génér. de med.*, 4^e série, t. XV, p. 156.

(4) B. FRAENKEL. v. Ziemmsen's Handbuch (*Krankheiten der Nase*, 1879.)

(5) MICHELSON. Ueber Nasensyphilis. Volkmann's Sammlung (*Klin. Vortr.*, n° 326.)

(6) *Traité spécial de rhinologie et de syphiligraphie.*

II

SUR UN SIGNE COMPLÉMENTAIRE DANS LE DIAGNOSTIC DE L'EMPYÈME DE L'ANTRE D'HIGMORE PAR L'ÉCLAIRAGE ÉLECTRIQUE PAR TRANSPARENCE.

Par le Dr **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon.

Depuis que Voltolini a signalé l'importance de l'éclairage électrique par transparence de l'antre d'Higmore, beaucoup d'autres auteurs ont cherché à vérifier la valeur de cette méthode, et chacun s'est empressé de tirer des conclusions plus ou moins différentes de celles de Voltolini. Diverses discussions se sont élevées dans les sociétés savantes, et l'année dernière, au Congrès annuel de la Société française de laryngologie, la question fut agitée entre M. Gouguenheim, Moure, Ruault, etc., les uns prétendant que ce signe était très important, les autres le considérant comme de nulle valeur.

Loin de moi la pensée de dire que l'empyème nécessite

l'éclairage par transparence pour être reconnu. Le diagnostic peut s'établir plus simplement sur quelques signes caractéristiques : ozène le plus souvent unilatéral, intermittent; écoulement purulent également intermittent; enfin à l'examen du malade, présence fréquente dans le méat moyen d'une goutte de pus blanc et crémeux. Cette goutte de pus a une importance considérable, bien qu'elle puisse être l'indice d'une suppuration provenant d'une autre origine. Mais lorsque le malade se présente à nous, nous n'avons pas toujours le bonheur d'apercevoir cette gouttelette caractéristique. Le malade s'est mouché quelques instants auparavant et a pu supprimer de la sorte le signe essentiellement révélateur.

Cependant quand nous sommes en présence des signes précités, il faut avoir une preuve de plus de l'existence d'une collection purulente. Cette preuve, on peut l'avoir dans presque tous les cas au moyen du lavage de l'antré par son orifice naturel. Le fait que j'avance là est contesté par beaucoup, je le sais, je le maintiens néanmoins énergiquement. Tout dépend de la sonde que l'on emploie, et j'avoue que pour ma part, si je m'étais servi de celle que l'on trouve dans le commerce, je n'aurais pas souvent pu pénétrer dans l'ostium maxillaire. La sonde dont je me sers a été construite rigoureusement sur les mesures indiquées par Heryng.

Mais avant d'avoir recours à la ponction, on peut s'armer d'une preuve de plus, c'est-à-dire rechercher l'état de transparence du sinus. Nous savons tous que, pour pratiquer cet examen, on se sert d'un abaisse-langue muni d'une petite lampe à incandescence.

Le malade est placé dans une chambre obscure, on place l'abaisse-langue et on fait fermer la bouche. Lorsqu'on ferme le courant, on voit alors la face du malade s'illuminer dans toute la partie située entre le bord inférieur de l'orbite et la bouche. Si le malade est porteur d'un empyème, on aperçoit du côté malade une tache sombre. La tache n'est pas toujours très marquée, il faut, pour la bien reconnaître, examiner les deux côtés, les mettre en parallèle, et l'on voit alors une différence appréciable entre les deux côtés. La différence

s'accuse surtout vers le bord de l'orbite, principalement en dehors. Du côté sain, la lumière électrique rend ce bord lumineux, tandis que du côté malade il reste sombre, alors que la partie inférieure de la joue paraît encore assez brillante.

Je crois donc que les erreurs proviennent d'une mauvaise observation dans différents cas. Moi-même au début, j'admettais que l'éclairage par transparence n'avait qu'une valeur médiocre. Je reviens maintenant sur ma première opinion et je crois que ce signe n'est pas à négliger.

Mais si j'insiste sur cette méthode de diagnostic, ce n'est pas seulement pour en faire ressortir l'importance, mais pour la renforcer par un nouveau signe que je n'ai vu signaler nulle part. En me mettant dans la bouche l'abaisse-langue électrique et en fermant les yeux, j'avais remarqué qu'à chaque fermeture du courant j'apercevais une vive lueur dans les yeux. Il s'agissait d'une impression lumineuse transmise à travers l'antre vide et le plancher orbitaire. Cette clarté venait impressionner la rétine par sa face inférieure, directement sans passer par la partie antérieure de l'œil.

Tout récemment, sur un malade chez lequel j'avais soupçonné un empyème du sinus, j'ai remarqué que lorsqu'il fermait les yeux ayant l'abaisse-langue électrique dans la bouche, il ne percevait la lumière que de l'œil situé au-dessus de l'antre sain. Du côté malade, le pus interceptait les rayons lumineux et la rétine ne recevait presque pas trace d'impression. Ce signe me frappa et je résolus de le vérifier sur d'autres malades.

Ces jours derniers, j'ai eu précisément l'occasion d'observer trois nouveaux cas d'empyème. Sur les trois j'ai répété l'expérience; elle a été absolument concluante dans les trois cas. Tous ces malades ont été très affirmatifs. Quand ils fermaient les yeux, la lumière ne parvenait pas à l'œil du côté malade. Je ne discute pas la valeur du signe dans le cas de tumeur de l'antre, il me faudrait rééditer les mêmes considérations, bien connues d'ailleurs, relatives au diagnostic des maladies du sinus.

Je pense, du reste, que ce signe fourni par la transparence

du plancher orbitaire peut servir non seulement pour les affections du sinus, mais aussi pour les affections oculaires. Dans les cas où il est difficile de reconnaître le degré de sensibilité de la rétine, il sera peut-être facile d'obtenir une donnée plus précise à l'aide de ce procédé. Cette méthode de diagnostic pourrait même remplacer la recherche des phosphènes dans le calcul des chances d'une opération de pupille artificielle ou de cataracte.

En somme, l'absence de perception lumineuse d'un côté est un signe de plus en faveur de l'existence du pus dans le sinus maxillaire. Il est même certain que dans les cas d'empyème double, les deux yeux ne subiront pas, pour ainsi dire, l'action de l'éclairage par transparence. Je regrette vivement de n'avoir pas eu l'occasion de vérifier le fait sur trois malades à empyème double que j'avais observés peu de temps avant la découverte de ce signe.

Je dois ajouter que si l'éclairage par transparence nous renseigne sur la présence du pus, il ne peut nous renseigner sur la guérison définitive de l'empyème. En effet, j'ai pratiqué plusieurs fois, ces derniers temps, l'éclairage chez des malades paraissant absolument guéris par une série de lavages ne donnant plus trace de pus. J'ai pratiqué l'examen immédiatement après le dernier lavage et j'ai constaté néanmoins encore une tache sombre presque semblable à celle constatée au début avant tout traitement. De plus, l'impression lumineuse était encore très incomplète du côté malade, comparée à celle du côté sain. L'œil du côté malade cependant percevait un peu plus de lumière qu'avant le début du traitement; car, dans deux cas, l'impression lumineuse avant les lavages était absolument nulle. Cela s'explique sans doute par l'épaississement des parois du sinus, épaississement comparable à celui de la plèvre après la pleurésie. Il est bon d'ajouter que, sur les sujets sains, l'éclairage par transparence provoque une impression lumineuse assez vive et égale des deux côtés.

En résumé, je crois qu'il y a dans la constatation de ce symptôme une preuve de plus en faveur de l'existence d'une collection purulente du sinus maxillaire. Ce signe est facile

à rechercher et sera une preuve complémentaire de l'absence de transparence (1).

III

DES RAPPORTS ENTRE LES MALADIES DES YEUX ET CELLES DU NEZ

Par le Dr **L. BATUT**, chef de clinique à la Faculté de Toulouse.

Ce sujet a été particulièrement étudié dans ces dernières années, et considérablement éclairci grâce à la bactériologie, qui a rendu tangibles les relations existant entre les affections de l'œil et celles du nez.

Deux noms dominent spécialement l'histoire des affections profondes de l'œil causées par une affection nasale, ceux de Berger et Ziem, qui ont tous deux étudié, en 1890 et cette année même, les lésions du globe de l'œil, et spécialement des procès ciliaires, ainsi que les altérations du nerf optique, dans leurs rapports avec les affections des sinus, le premier invoquant les troubles réflexes, le second expliquant tout par des lésions vasculaires et des entraves spécialement dans la circulation de retour de l'orbite; le débat a

(1) Depuis que j'ai remis cette note aux *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, j'ai eu l'occasion de vérifier la valeur de ce signe sur un autre malade.

En outre, dans le nouveau *Traité de médecine* de Charcot, t. IV, j'ai vu que M. Ruault était du même avis que moi au sujet du point d'élection de la tache sombre au niveau du bord de l'orbite. Cet auteur admet comme moi que la pommette peut être parfaitement éclairée du côté de l'empyème, et que c'est tout à fait à la partie supérieure qu'il faut rechercher l'absence de transparence.

Enfin, j'ignorais que Davidsohn de Berlin avait, il y a quelque temps, admis la possibilité de diagnostiquer l'empyème par l'éclairage électrique en constatant une rougeur incandescente au niveau de la pupille du côté malade. C'est là un signe que je n'ai pas étudié, mais qui répond complètement à l'idée que je soutiens dans cette note. Cette rougeur doit infailliblement s'accompagner de perception lumineuse, sauf le cas de maladie de l'œil lui-même.

pris un caractère un peu personnel tout récemment dans un article remarquable de Ziem (in *Annales des mal. de l'or. et du larynx*, juillet 1892).

Notre but est plus restreint et, à l'inverse de ces auteurs, nous nous bornerons à étudier les lésions parallèles du segment antérieur de l'œil, des annexes et des cavités nasales (non compris les sinus de la face), et à indiquer leurs rapports à la lumière des seules observations que nous avons pu recueillir cette année dans le service de notre maître, le professeur Terson.

Les grandes diathèses, la syphilis, la tuberculose; les infections graves comme la diphtérie, l'érysipèle, nous arrêteront un instant; puis nous étudierons l'agent fondamental des affections rhiniques, la scrofule, dans ses manifestations oculaires et nasales.

DIPHTHÉRIE ET DIPHTÉRITE.

On sait, depuis ces dernières années, qu'il y a une distinction capitale à établir non au point de vue de l'aspect extérieur, souvent identique, mais au point de vue de la contagiosité, de la malignité, et de l'étiologie bactérienne, entre la fausse membrane de la diphtérie vraie, provoquée par le seul bacille de Klebs-Lœffler et la fausse membrane diphtéroïde, croupale ou pseudo-membraneuse des Américains et des Allemands, dont l'agent étiologique est toujours un coccus (le streptocoque ou le staphylocoque isolés ou réunis). Cette distinction capitale, à peine entrevue par Landouzy en 1880 (angines), a été depuis définitivement établie par les travaux de Bourges, Morel, Straus en France, et consacrée par Ruault dans son chapitre des Angines (*Traité de médecine*, 1892). Ce qui a été admis pour la gorge ou le larynx, est encore de mise pour les cavités voisines des fosses nasales et pour les muqueuses de la caisse et du globe oculaire. Les mêmes processus agissent identiquement sur ces diverses muqueuses en contiguité de tissu.

Nous connaissons, par les travaux de Luigi Concetti

(*Archivio di Pediatria*, fasc. I, 1892), la diphtérie chronique du nez et le fait publié par cet auteur en 1886, d'un enfant qui, au bout de quatre mois d'écoulement nasal, contaminait trois de ses petits camarades, dont un mourut de diphtérie légitime; en juillet 1891, Concetti a observé un nouveau cas de rhinite diphtéritique chronique qui dura pendant trois mois environ. Sur ce cas, il fit quelques recherches bactériologiques. Le premier examen fut négatif; quelques jours après, l'examen fut répété et M. Concetti obtint une culture du bacille de Klebs-Lœffler. Il put l'isoler, l'inoculer et faire périr deux animaux auxquels il l'inocula. Ces observations sont remarquables à cause de leur rareté, car si l'on connaît des cas de diphtérie prolongée, en revanche on ne connaît guère que par deux faits de Mackenzie et Blois des exemples de diphtérie chronique d'emblée, d'allure bénigne au début, et cependant provoquant ultérieurement une contagion mortelle.

De son côté, John Sedziak, de Varsovie, vient de publier (*Monats f. Ohrenheilk*, septembre 1892) une contribution à l'étude de ce qu'on appelle le croup du nez (rhinite croupieuse et fibrineuse); dans son cas, la recherche du bacille de Klebs-Lœffler fut infructueuse, l'inoculation au lapin aussi; on ne trouva que de la fibrine et quelques cocci. Il s'agissait d'une femme de 21 ans, qui présenta des excoriations nasales, des membranes compactes des deux côtés du septum cartilagineux et de la cloison avec un pharynx nasal intact; on mit un tampon avec du baume de Tolu et de la glycérine, on fit des onctions à la résorcine, des insufflations d'aristol et, deux jours après, se montrait une guérison persistante. Il n'y eut ni hémorragies ni odeur fétide. L'enfant, allaité par sa mère, s'est toujours bien porté.

D'autre part, les manifestations conjonctivales de la diphtérie, connues depuis longtemps, ont été à nouveau étudiées d'après les idées actuelles et nous pourrions citer dans cet ordre d'idées le travail de Jofe (in *Wiestnek ophtalmologie*, juillet-octobre 1891) sur un cas de conjonctivite croupale à forme anormale, celui de Oatman (*Medical record*, 10 octobre 1891) sur un cas de conjonctivite diphtéritique traitée

par les injections antiseptiques, enfin les thèses importantes de Potu (1882) et Coutances (1886). Ces derniers auteurs distinguent bien la diphtérie vraie de la diphtérie croupale; la fausse membrane ne suffit pas pour caractériser la diphtérie; elle vient compliquer des conjonctivites banales. Le microsporon diphtericum de Klebs coexiste avec des bactéries, des streptocoques et des bacilles qui ne sont pas pathogènes par eux-mêmes, mais qui préparent le terrain.

L'inoculation des produits de la conjonctivite diphtéritique sur une conjonctive saine peut donner lieu, suivant les cas, à une simple conjonctivite, à une conjonctivite purulente, ou à une conjonctivite diphtéritique; cette dernière seule est spécifique et très grave, car Sichel a compté 31 morts sur 65 cas, et sur 93 cas il y a eu 81 fois une perte totale de l'œil atteint.

Aucun auteur jusqu'à présent n'a étudié le processus diphtéritique évoluant simultanément sur la muqueuse conjonctivale et la muqueuse nasale; Berger, dans son dernier ouvrage (*Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale*, 1892), écrit même que l'on n'a jamais vu la diphtérie se propager de la conjonctive vers le nez ou *vice versa*, non plus que le croup (exsudat pseudo-membraneux des Allemands). Il en est de même d'ailleurs de la blennorrhée du sac, qui ne donne jamais lieu à la blennorrhée nasale.

Nous avons eu la bonne fortune, cette année, d'observer, dans le service du professeur Terson, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, deux cas qui nous ont offert cette évolution simultanée qui n'est signalée, à notre connaissance, dans aucun ouvrage; notre excellent maître en a fait l'objet d'une note (in *Midi Médical*) au point de vue ophtalmologique seul.

Dans le second de ces faits, il existait en même temps que des fausses membranes sur les cornets et la conjonctive, une perforation de la cloison cartilagineuse. De quelle nature était-elle? Devions-nous songer à la diphtérie vraie? Jusqu'à présent, jamais la diphtérie n'a été signalée comme ayant une action nécrosante aussi profonde, et nous aurions eu affaire à un cas unique. Devions-nous rapprocher ce fait

des 38 observations de cette affection singulière, l'ulcère perforant, décrit par Hajek, de Vienne, en 1890, et sur lequel il est revenu récemment (*Annales des maladies de l'or. et du larynx*, 1892)?

En l'espèce, l'ulcère était bien à bords taillés à l'emporte-pièce, sans boursoufflement de la muqueuse tout autour, mais les fosses nasales, d'autre part, n'étaient pas indemnes, comme cela doit être, d'après Hajek, et nous pouvions constater des fausses membranes sur tous les cornets, non ulcérés il est vrai, mais d'aspect analogue aux fausses membranes observées sur les conjonctives de la malade. D'autre part, l'analyse bactériologique et les cultures nous montraient, dans les croûtes et les exsudats, les mêmes micro-organismes décrits par Hajek dans le cas d'ulcère perforant, à savoir les cocci de diverses espèces, à l'exclusion du bacille de Klebs.

Après avoir écarté, pour des raisons péremptoires, les diagnostics de tuberculose et de syphilis, nous avons dû conclure en faveur d'un processus diphtéroïde ou croupal, analogue à celui de l'ulcère perforant, mais généralisé à toutes les fosses nasales et non au seul cartilage de la cloison, comme il est de règle, et cela de par l'action prépondérante du terrain, qui a facilité la multiplication et la diffusion, en quelque sorte, de ces cocci d'ordinaire localisés en avant, sur la cloison, près des croûtes d'impétigo de l'entrée des narines. Quant à l'invasion de la conjonctive bulbaire elle a pu se faire, soit par l'ascension des microcoques par le canal nasal, soit par une contamination directe par les doigts de la malade allant fourrager dans les croûtes des narines; elle est, en effet, secondaire et postérieure de près de deux mois à l'affection nasale.

Voici, en quelques mots, l'observation de ce fait singulier.

OBSERVATION I. — Pauline B..., 16 ans, non réglée encore, pâle, très chétive, est amenée le 11 avril 1892 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Sur les deux yeux, couenne épaisse formant un bourrelet qui entoure com-

plètement les cornées et occupe, surtout à droite, toute la conjonctive bulbaire, respectant les culs-de-sac, mais menaçant la cornée de perforation.

L'entrée des fosses nasales est obstruée par des croûtes d'impétigo entassées, adhérentes, empêchant la respiration par les narines; une douche nasale d'acide borique tiède les fait disparaître en partie et permet un examen complet au rhinoscope. Nous constatons une sténose des fosses nasales, des fausses membranes analogues d'aspect à celles des conjonctives, revêtant les cornets; enfin, en avant, sur la cloison cartilagineuse, une perforation passée inaperçue de la malade jusqu'à ce jour et du diamètre d'une pièce de 20 centimes environ. Les bords de la perforation sont taillés à l'emporte-pièce, la muqueuse tout autour lisse, non boursoufflée, avec une teinte un peu rougeâtre et ecchymotique; le reste de la cloison est sain; nulle part, traces de granulations. L'enfant est strumeuse et porte des chapelets ganglionnaires autour du menton. Elle a vécu jusque-là enfermée à l'hôpital de Lectoure et aurait soigné, il y a deux mois, un jeune enfant atteint d'angine de nature inconnue; les narines se sont prises les premières; et il y a dix jours seulement les yeux ont été atteints à leur tour. En se mouchant, la malade a constaté dernièrement, dans les muco-sités, la présence de parcelles dures, probablement des débris du cartilage, mais n'y a prêté aucune attention.

Le traitement consiste en douches nasales biquotidiennes, sirop d'iodure de fer, pilules de Vallet, pommade jaune au nez et aux yeux. En trois semaines, l'état de la malade se modifie radicalement, et la perforation s'arrête dans sa marche nécrosante grâce à l'iodure de potassium et à trois applications légères de galvanocautère. La guérison est finalement complète.

La tuberculose a été éliminée dans ce cas par l'absence de granulations sur les cornets, l'intégrité des poumons, la non constatation de lésions anciennes ou récentes du squelette; la syphilis héréditaire a été écartée en présence d'une dentition parfaite, d'oreilles saines, de cornées ne rappelant en rien la kératite diffuse; le genre de vie de la malade écartait aussi la syphilis acquise.

Nous avons indiqué déjà pourquoi nous repoussions également le diagnostic de diphtérie primitive; mais ne pourrions-nous avoir eu affaire à un cas de diphtérie chronique d'em-

blée, comme ceux décrits par Concetti? Nous ne le pensons pas davantage, car le processus diphthéritique eût été incapable de donner lieu à la perforation, se serait manifesté plutôt sur la conjonctive bulbaire, aurait probablement eu une détermination pharyngienne ou laryngienne; enfin, il n'a donné lieu à aucune contamination ni à aucune paralysie consécutive. Ajoutons, pour terminer, que la fausse membrane conjonctivale s'était localisée autour de la cornée sans envahir les culs-de-sac, et a eu l'évolution de la pseudo-membrane croupale.

OBSERVATION II. — Pierre B..., de Béziers, 7 ans, vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 23 février 1892. Il a eu l'influenza quelque temps avant, et durant la convalescence il s'est produit du larmoiement, du chémosis, enfin une perte manifeste de la transparence de la cornée de l'œil droit. Actuellement on constate la présence d'une pseudo-membrane de la conjonctive bulbaire contournant la cornée au côté interne, depuis le droit supérieur jusqu'au droit inférieur; sur la cornée, à 2 millimètres du bord, cercle concentrique opaque; pas d'hypopion. Rhinite pseudo-membraneuse, peu marquée; ulcération saignante sous la fausse membrane conjonctivale. Scarifications répétées de la conjonctive palpébrale, applications chaudes, douches nasales. Après trois semaines de traitement, on aperçoit la pupille; pas de synéchies ni d'opacité centrale. La rhinite a disparu.

Ici, il y a eu infection simultanée de la conjonctive et de la cornée, action plus marquée du microbe sur l'œil que sur la muqueuse nasale qui était fort peu atteinte; le terrain étant relativement bon, l'évolution de la maladie a été rapide, malgré les accidents graves qui ont menacé la cornée; les cocci ont été exaltés dans leur virulence à leur premier contact.

ÉRYSIPELE

Nous avons observé une jeune fille en traitement depuis longtemps pour une rhinite chronique hypertrophique et atteinte en même temps de larmoiement incoercible, qui,

hospitalisée, prend un érysipèle du nez, lequel envahit ensuite le pourtour de l'orbite droit, sans grandes menaces pour le sac lacrymal ni l'œil, puis s'éteint sur place, après avoir fait le tour de la tête. La rhinite s'est trouvée un peu améliorée, mais le larmolement persistait à la sortie de la malade. Nous ne l'avons pas revue depuis, mais il n'est pas douteux qu'avec les excoriations récidivantes qu'elle offre sur le plancher nasal et à l'entrée des narines, et avec sa sténose des fosses nasales, elle ne soit de nouveau victime du parasitisme microbique latent, et n'ait ultérieurement soit des récidives de l'érysipèle du nez, soit une suppuration du sinus maxillaire suivant les idées exposées par Macintyre (*Soc. Brit. de Laryngologie*, 1^{er} juillet 1892). Nous renvoyons pour plus de détails au travail de Tissier, (*in Gazette des Hôpitaux*, 1892), qui a bien étudié l'action du streptocoque de Fehleisen, le coryza érysipélateux, restant localisé au nez, ou se propageant à la face soit par les points lacrymaux, soit par l'orifice externe des fosses nasales. Le cas actuel est un fait d'érysipèle secondaire provoqué par l'intervention du streptocoque inoculé par les fissures du nez. Antérieurement à cet érysipèle existaient rhinite et larmolement, ce dernier, vraisemblablement provoqué par un trouble réflexe (théorie de Berger), à la suite d'irritation du trijumeau nasal.

OBSERVATION III. — D... Maria, 19 ans; tempérament lymphatique fort marqué, adénites cervicales, nez infiltré, atteinte de rhinite chronique hypertrophique avec fissures; dacryocystite chronique ancienne et larmolement incoercible. La jeune fille est soignée depuis un an par M. Charazac pour ses fissures nasales et suit un traitement général, en même temps qu'elle a pris quelques douches nasales. La sonde ne peut passer à gauche, à droite elle pénètre dans le canal nasal. M. Charazac cautérise l'extrémité inférieure du canal nasal gauche à deux reprises; on soumet la malade à des douches nasales biquotidiennes et à un traitement général antiscrofuleux. Il n'y a ni ozène, ni végétations adénoïdes, mais une sténose marquée des fosses nasales avec hypertrophie des cornets. Curettage sans incision externe du sac lacrymal gauche, suivi de bons résultats, diminution du larmolement et de la suppuration du sac; peu à près, production

de végétations sur la glande lacrymale palpébrale du même côté, enlevées au galvano-cautère.

La malade, entrée dans nos salles le 21 janvier 1892, est prise le 12 février, d'un érysipèle du nez, et évacuée dans le service de M. le professeur Caubet; l'orbite gauche se prend, puis l'érysipèle fait le tour de la tête donnant lieu à une fièvre modérée. L'évolution s'est faite vers l'extérieur, il n'y a pas eu exagération de la sécrétion nasale, ni propagation vers le larynx; la rhinite s'est un peu améliorée, mais le larmolement persistait encore à droite quelque temps après. La malade n'a pas été revue.

Il n'y avait pas d'érysipèle dans le service, inauguré cependant depuis 7 mois; on n'en avait pas observé davantage dans les services voisins; la malade devait sans doute porter avec elle le streptocoque à son entrée.

Ce cas est plutôt un exemple de troubles oculaires réflexes d'origine nasale, avec infection du sac, chez un sujet strumeux; il est cependant intéressant comme manifestation érysipélateuse sur les deux muqueuses.

SYPHILIS

Dans les deux cas cités ci-dessous, la syphilis entre en jeu, mêlée à la strume, mais dans l'un il s'agit de syphilis héréditaire, dans l'autre de syphilis acquise, sans manifestations nasales ou oculaires.

OBSERVATION IV. — Robert F..., 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service, le 1^{er} février 1892; il est atteint depuis l'an dernier de kératite héréditaire ou parenchymateuse diffuse des deux yeux et a été soigné à la consultation externe en août 1891; mais, négligent, et un peu abandonné par sa mère, il revient cette fois avec un phlegmon du sac droit. Il présente un second élément de la triade symptomatique, les dents d'Hutchinson, mais ses oreilles sont saines; il offre les stigmates du lymphatisme avéré, les lèvres épaisses, adénites cervicales, légère blépharite ciliaire, et enfin eczéma récidivant des narines et rhinite chronique hypertrophique. Il a un frère de 14 ans, sourd-muet. A droite, on a jamais pu passer de sonde par les points lacrymaux.

Huile de foie de morue et iodure de potassium, douches de vapeur sur l'œil et douches nasales biquotidiennes. Le 6 février, incision du conduit lacrymal inférieur droit, le 26, incision directe du sac sous le chloroforme, puis application de pâte de Canquoin. L'enfant sort le 19 mars très amélioré, sa fistule est fermée mais la cicatrice cutanée reste rouge.

Dans ce cas, le rôle de la rhinite semble peut-être secondaire, mais le phlegmon du sac peut lui être attribué aussi bien que l'on peut y voir un symptôme de syphilis héréditaire, à cause de la sténose du canal lacrymo-nasal. La strume a eu aussi son action manifeste, quoi qu'en dise Berger.

OBSERVATION V. — D... Marguerite, 19 ans. Entre dans le service, le 28 mai 1892, avec une photophobie intense, de gros ganglions autour du menton, un ulcère énorme de la cornée droite avec taie ancienne, de l'eczéma impétigineux du sourcil droit, des lèvres, une rhinite chronique hypertrophique, des plaques muqueuses à la vulve et à l'anus. Le sujet, fortement développé, a eu la syphilis il y a deux ans, à Bordeaux, et a été traité dans les salles du Dr Vergely. On institue comme traitement les douches nasales, la pommade jaune, l'occlusion, l'iodure de potassium. Amélioration rapide. La malade est envoyée dans le service des maladies syphilitiques et cutanées de M. Artigalas, où elle fait une cure de misère dont elle avait grand besoin à son entrée.

TUBERCULOSE ET LUPUS

Dans le cas suivant, y a-t-il eu tuberculose, syphilis héréditaire ou scrofulides malignes? Les avis ont été partagés.

OBSERVATION VI. — F... Marie, 16 ans, journalière, envoyée à l'Hôtel-Dieu par le Dr de Mica. N'est pas encore réglée quoique bien développée. Mucocèle à droite et fistule du sac à gauche, suite de dacryocystite chronique datant de trois mois; blépharo-conjonctivite depuis un an environ; énormes chapelets ganglionnaires autour du cou; facies scrofulieux, nez aplati à sa racine, et élargi, sourcils rares, voix nasonnée. Ce son de voix conduit à un examen approfondi de la gorge et à la découverte inattendue d'une perforation récente et très minime du voile du palais, un peu au-dessus et à droite de la luette. Les dents sont normales, belles; pas de troubles de l'ouïe ni de kératite diffuse,

mais ulcérations des cornets inférieur et supérieur à droite et rétrécissement de la fosse nasale correspondante. Les renseignements obtenus rendent une syphilis héréditaire douteuse, une syphilis acquise improbable; il n'y a pas d'ergotisme à invoquer.

La perforation prend rapidement le caractère gangréneux, s'étend vers le milieu du voile, où l'on voit un semis de granulations jaunes se réunir, et, en 48 heures, déterminer une perforation de toute l'épaisseur du voile pour aboutir finalement à la forme en rideaux; des cautérisations modérées et répétées permettent d'arrêter ce processus destructeur et de conserver le bord unissant la luette au pilier antérieur droit. Le diagnostic de M. Jeannel est tuberculeuse, celui de M. Charazac syphilis héréditaire.

Quoi qu'il en soit, dès le premier jour, M. Terson fait une incision directe du mucocèle, du conduit lacrymal inférieur et passe directement des sondes dans le sac, avec lavages consécutifs; en même temps douches nasales quotidiennes, iodure à haute dose, émulsion Scott et pilules de Vallet. Le cornet inférieur présente, sur les bords de l'ulcération, des granulations grises analogues à celles du voile du palais.

Le 13 février, cautérisation du sac au thermocautère en boule; le 27, l'affection osseuse des parois du sac est en bonne voie d'amélioration, les larmes ne passent plus par l'incision, la rhinite change d'aspect, les ganglions cervicaux ont beaucoup diminué, la malade devenue docile entre nos mains acceptant les pansements à l'iodoforme du nez et les cautérisations du voile du palais; cependant trois ganglions sus-hyoïdiens persistent fort gros et si l'ulcération du cornet inférieur disparaît, le processus de la rhinite chronique atrophique poursuit sa marche. L'examen laryngoscopique pratiqué tous les jours démontre que cet organe est sain ainsi que les trompes. Le 5 mars, inflammation subite de l'œil gauche sans motif apparent, injection périkeratique intense; pâte de Canquoin en flèche dans la fistule gauche, réaction intense qui ramène l'oblitération des conduits lacrymaux, mais dégage l'œil. Successivement la fistule se rétrécit, l'iodure étant poussé jusqu'à 8 grammes par jour; il y a enfin oblitération complète; au voile du palais le processus ulcéreux finit avec la dixième cautérisation; il reste sur le pilier antérieur droit une teinte opalescente de nature douteuse.

Sortie le 4 avril, la malade revient nous voir le 4 juin; le sac droit ne donne plus qu'un peu de pus légèrement épaissi, la fis-

tule gauche reste fermée, l'ulcération du palais est arrêtée définitivement, le nez est toujours ozéneux sans ulcérations et la voix nasonnée, mais l'état général reste excellent, malgré la persistance des ganglions sus-hyoïdiens diminués de volume. Aucune trace de syphilis récente ou de lésion tertiaire, les renseignements sur les parents restent toujours obscurs.

Les diagnostics contradictoires portés sur ce cas nous ont amené à lire les travaux de Jullien, la clinique de Duplay, la thèse de Martineau, et celle de Looten; citons encore sur ce sujet les articles de Gleitsman, 1890; Northrup, Carpenter, Ohmann, Bowen, J. Wright, Lang, Cehak, Lewin, 1891, et Ragoneau (*Revue de Laryngologie*, 1891), enfin le cas de Burlureaux (*Gaz. Hebdomadaire*, mars 1892).

Berger ne connaît que le seul cas de Wagenmann dans lequel, partie des fosses nasales, la tuberculose s'est propagée vers le canal naso-lacrymal et a produit les symptômes cliniques de la dacryocystite blennorrhagique. De son côté, Panas s'est basé, en plus d'un cas, sur la simple fistule lacrymale pour porter le diagnostic de syphilis héréditaire.

Nous accepterons ici celui de tuberculose atténuée, malgré le processus rapide de perforation du voile du palais, en raison des granulations grises aperçues par nous avant la perforation totale, et de leur identité de forme avec celles qui siégeaient sur le cornet inférieur droit; la recherche du bacille de Koch n'a pas donné de résultats il est vrai, mais il faut songer ici au mélange d'infections et notamment à la présence probable du bacille de Loewenberg. Enfin, si les poumons et le larynx étaient indemnes, la vie au grand air du sujet n'y est peut-être pas étrangère. La strume est encore intervenue ici avec son influence de terrain.

Le diagnostic est moins douteux dans le cas suivant qui se rattache à ceux décrits par Arnozan (*Arch. d'ophtalmol.*, 1891, n° 6; du lupus de la face consécutif aux lésions tuberculeuses de la muqueuse nasale, par l'intermédiaire d'une fistule lacrymale); il est encore mieux à rapprocher de celui de Badal (lupus du nez consécutif à une fistule lacrymale, *Annales de dermatol.*, 1890, p. 227.)

OBSERVATION VII. — X..., 44 ans, espagnole, se présente à la

consultation ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 30 août 1892, avec un mucoécèle du sac lacrymal à droite; il existe un lupus arrêté dans son évolution à l'orifice des fosses nasales, très rétrécies, et une arthrite fongueuse du poignet droit avec fistule; poumons sains. Les sondes ne passent pas par le conduit lacrymal, malgré des tentatives répétées et l'incision du conduit supérieur. Incision directe du sac et lavages au permanganate de potasse à l'aide de la sonde creuse; amélioration rapide, la rhinite poursuit lentement son cours.

AFFECTIONS RÉFLEXES ET DE PROPAGATION

Après l'étude des manifestations oculaires et nasales chez le même sujet de la diphtérie, de la tuberculose, de la syphilis, de l'érysipèle, il nous reste maintenant à étudier d'une façon générale, d'après la classification de Berger : A. les conditions de propagation d'une maladie de la muqueuse du nez vers la conjonctive et réciproquement; B, les troubles oculaires réflexes d'origine nasale.

A. En principe, dit Berger, les microbes trouvent dans la muqueuse nasale un terrain moins favorable que dans la conjonctive; l'infection se fait par les larmes, par les mains; il existe rarement une affection du nez en même temps qu'un catarrhe aigu de la conjonctive. La conjonctive est plus souvent menacée d'une infection venant des fosses nasales que la réciproque n'est vraie.

B. Les troubles oculaires réflexes signalés par Berger sont expliqués pour lui par l'irritation des fibres terminales du trijumeau nasal.

Ziem a donné une théorie différente et la soutient encore récemment (juillet 1892, *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*), basée sur la turgescence des tissus caverneux et l'obstacle apporté aux voies de la circulation de retour du sang dans l'orbite et le globe oculaire; c'est ainsi que le premier de ces auteurs a pu expliquer le rétrécissement du champ visuel dans un cas d'affection du sinus frontal et le second du sinus maxillaire.

Berger distingue : 1° les troubles réflexes tels qu'hyperémie de la conjonctive, larmolement, parésie de l'accommo-

dation, accès de glaucome; 2° les maladies infectieuses telles qu'ulcères de la cornée, infection de la plaie après extraction de la cataracte, dacryocystite. Il conseillerait, en conséquence, dans le cas d'affection des voies lacrymales ou même de processus infectieux des fosses nasales, de faire la ligature préalable des canaux lacrymaux avant l'extraction de la cataracte.

Nous n'avons pu vérifier tous les troubles réflexes qu'il signale après le coryza aigu, la rhinite chronique hypertrophique, les polypes du nez, l'impétigo des fosses nasales, l'ozène; nous avons recueilli six observations parmi les malades hospitalisés et 26 parmi les malades de la consultation externe se rapportant à ces diverses affections nasales, mais le processus infectieux a déterminé la plupart des complications qui sont des dacryocystites suppurées ou non, des conjonctivites catarrhales ou purulentes, des ophtalmies scrofuleuses, avec abcès de la cornée, enfin un cas de glaucome (simple coïncidence?)

« Certaines conjonctivites et kératites provoquées par voie réflexe, écrit Berger, sont très difficiles à guérir ou même incurables, lorsqu'elles existent en même temps qu'une affection du nez. La conjonctivite et la kératite phlycténulaires, l'ophtalmie scrofuleuse surtout ne guérissent quelquefois qu'après la disparition de l'affection nasale.

« Cependant, ajoute-t-il, dans quelques maladies générales, les affections oculaires se développent indépendamment de celles du nez, et c'est à tort, par exemple, que quelques auteurs cherchent à établir une relation entre les maladies oculaires et nasales dans la *scrofule*. »

Cette dernière proposition nous paraît contraire à l'observation, car nous avons retrouvé la strume chez presque tous les sujets, pris au hasard, qui nous ont offert une lésion du nez et de l'œil concomitantes; il suffit pour s'en convaincre de lire les 32 observations qui suivent, et dans le même cadre rentrent également la plupart des observations précédentes.

Couëtoux, de Nantes, a étudié (*Annales d'oculistique*, déc. 1891), la kérato-conjonctivite d'origine rhino-pharyn-

gienne; pour lui, comme pour Augagneur, certaines affections oculaires comme la conjonctivite ou la kératite phlycténulaires, sont toujours d'origine nasale (impétigo nasal transmis par contagion directe); mais il y a aussi un processus général qui fait qu'une lésion quelconque du nez aggrave un état de l'œil déjà malade; ainsi la kératite ulcéreuse reste rebelle souvent au traitement de l'œil et cède rapidement après amélioration d'un ozène concomitant.

Nous souscrivons pleinement à cette manière de voir; elle est confirmée par les faits que nous avons observés et presque toujours dans le cas de phlyctènes nous avons trouvé l'impétigo du nez et dans le cas d'ulcères de la cornée ou de dacryocystites suppurées la rhinite chronique atrophique ou hypertrophique. Comme l'a proclamé notre maître, le professeur Terson dans son rapport au Congrès d'ophtalmologie, en 1890, les affections des voies lacrymales sont dues à l'infection nasale; c'est pour cela que deux appareils à douches nasales fonctionnent en permanence, et pour le bien des malades, à sa consultation externe. Chez les enfants et les adolescents, nous incriminerons la scrofule et surtout sa manifestation la plus fréquente, l'impétigo des fosses nasales et la rhinite chronique hypertrophique; chez le vieillard, la détestable habitude du tabac à priser; voilà les causes les plus fréquentes de l'infection des voies lacrymales et par suite de la conjonctive, infection qui compromet l'évolution des plaies opératoires ou accidentelles de l'œil.

L'ophtalmologiste consciencieux doit être doublé d'un médecin auriste. Ruault attribue récemment (1893, *Traité de médecine*, t. IV) les laryngites chroniques à des affections nasales.

Nous donnons sans commentaires les notes relatives aux malades observés dans les salles de la Clinique et à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, notes qui confirment les remarques précédentes.

Malades hospitalisés.

I. — G..., Prosper, 14 ans. Entré le 19 septembre 1892, sorti le 4 octobre. Kératite phlycténulaire avec ulcérations, pan-

nus, eczéma de la face et rhinite chronique hypertrophique; adénites cervicales; photophobie intense. Douches oculaires et nasales, pommade jaune, sirop d'iodure de fer. A la sortie, grande amélioration; les cornets dans la narine gauche sont devenus nets, mais restent congestionnés, tandis qu'à droite, l'inférieur est ulcéré et remplit toute la fosse nasale correspondante.

II. — F..., Pierre, 20 ans, cultivateur. Entré le 27 septembre, sorti le 4 octobre. Œil gauche anciennement perdu (abcès probable), coup de fouet récent sur le même œil, vives douleurs. Rhinite chronique et furonculose généralisée; scrofule. Injections morphinées, douches de vapeur, compresses chaudes, lunettes bleues, pommade jaune dans le nez.

III. — B..., Jeanne, 15 ans, non réglée, mais très développée pour son âge. Entrée le 19 août, sortie le 1^{er} septembre. Photophobie intense, paupières macérées, entropion, perforation double des cornées datant du mois de février, staphylomes consécutifs, pannus aux deux yeux, vision nulle; adénites strumeuses énormes, eczéma impétigineux généralisé du front, des sourcils, de la face, des lèvres, du nez dont les narines sont complètement obstruées par des croûtes. Pas de dacryocystite. Rhinite chronique hypertrophique. Etat général déplorable. Amélioration rapide des accidents strumeux, grâce à un traitement général antiscrofuleux, à la pommade jaune, aux ponctions répétées, à l'ésérine, aux douches oculaires de vapeur et aux irrigations nasales. Rechute un mois après la sortie de la malade, par suite de sa négligence; retour à la clinique le 15 octobre dans un état pitoyable. La malade est soignée avec succès jusqu'au 1^{er} décembre; on parvient à sauver l'œil gauche, mais il reste des taches indélébiles de l'eczéma sur le front et la face. La rhinite s'est sensiblement améliorée.

IV. — S..., Rosalie, 18 ans, bonne, vigoureuse, mais strumeuse. Entre le 31 mai 1892, sort le 7 juin. Dacryocystite suppurée droite, tumeur lacrymale gauche; nez à ozène, rhinite chronique atrophique. Cathétérisme très difficile à gauche; curettage sans incision cutanée des deux côtés; douches nasales. Guérison persistante.

V. — M..., Irma, 30 ans, ménagère. Entrée le 19 août, sortie le 5 octobre 1892. Phlegmon du sac gauche, dacryocystite suppurée droite, oblitération des conduits lacrymaux du même côté et ostéo-périostite alvéolo-dentaire de la mâchoire supérieure. Adénites cervicales chroniques; rhinite chronique im-

pétigineuse. Incision directe du sac, lavages au permanganate de potasse; douches nasales. Guérison rapide.

VI. — A..., Jeanne, 45 ans, tâcheronne. Entre le 11 mai 1892, sort le 25 mai. Dacryocystite chronique double, ulcères infectés de la cornée; ozène ancien. Iridectomie après douches nasales, insufflations d'acide borique, incision des conduits lacrymaux et lavages du sac. Grande amélioration.

Malades de la consultation externe:

N° 245. — Edouard J..., 14 ans, 18 novembre 1891. Kératite double ulcérée, *rhinite chronique hypertrophique*.

N° 398. — A..., Jean, 10 ans. Phlyctènes et *eczéma impétigineux du nez*.

N° 400. — L..., Marie, 9 ans. Phlyctènes et taie ancienne; *impétigo du nez*.

N° 414. — B..., Marguerite, 12 ans. Dacryocystite suppurée double et *rhinite chronique*.

N° 463. — C..., Célestine. Phlyctènes à droite, ulcère de la cornée gauche. *Rhinite catarrhale chronique*.

N° 482. — B..., Marguerite. Epicanthus, conjonctivite. *Ozène*.

N° 717. — Ch..., Adeline. Kératite ancienne avec taies des deux côtés; à gauche, perforation et iritis; à droite, cornée dépolie. *Rhinite chronique hypertrophique*.

N° 789. — V..., Henry, 6 ans.

N° 722. — J..., Maria. Double abcès des deux cornées; *rhinite chronique hypertrophique*. Photophobie intense.

N° 815. — V..., Pascal, 7 mai. Taies des deux cornées suite de kératite scrofuleuse; *rhinite chronique hypertrophique*.

N° 839. — B..., Louise, 50 ans. Scrofulides de la face, cancroïde de la paupière inférieure droite, *rhinite chronique hypertrophique*.

N° 887. — C..., Jules. Phlyctènes et *impétigo du nez*.

N° 899. — B..., Philippe. Phlyctènes à gauche; *impétigo du nez à droite*.

N° 922. — R..., Jean, 15 ans. *Rhinosclérome* datant de 3 ans (diagnostic de M. Artigalas); gros ganglions en chapelet autour du menton. Phlyctènes à la marge de la cornée droite; phlyctène centrale à gauche.

N° 995. — R..., Joseph, 13 ans, 1^{er} juin 1892. Conjonctivite phlycténulaire chronique et *eczéma impétigineux du nez* et des lèvres. Pommade jaune; amélioration rapide.

N° 1019. — R..., Caroline, 40 ans. Conjonctivite phlycténulaire chronique double et *eczéma impétigineux du nez* et des lèvres. Strume.

N° 1052. — Veuve G..., Suzanne, 50 ans. *Glaucome chronique ancien et rhinite chronique*.

N° 1183. — Cr..., Alphonsine, 4 ans. (Edème volumineux des deux paupières aux deux yeux, suite de phlyctènes. *Eczéma impétigineux de la face et du nez*.)

N° 1251. — C..., Julie, 70 ans. A gauche, staphylome opaque total ancien; à droite, ulcère infecté traité avec succès par le galvanocautère. *Ozène*.

N° 1491. — P..., Marie, 45 ans. Strume; granulations anciennes et *rhinite chronique*.

N° 1523. — B..., Jeanne, 65 ans. Ulcère de la cornée et *ozène*.

N° 1515. — A..., Marguerite, 9 ans. A gauche, deux perforations marginales, diamétralement opposées avec enclavement de l'iris; conjonctivite intense; à droite, deux perforations marginales voisines; les deux yeux sont très compromis. Ganglions cervicaux, *eczéma des oreilles*, des lèvres, *rhinite chronique hypertrophique*. Ponctions, ésérine, pommade jaune, douches nasales. Grande amélioration, surtout à droite (1^{er} décembre 1892).

N° 1553. — E..., Alphonse, 12 ans. Phlyctènes à répétition, impétigo des paupières, *rhinite chronique catarrhale* (1^{er} décembre 1892).

N° 1710. — L..., Antoine, 40 ans. Blepharo conjonctivite chronique avec psoriasis des paupières. *Eczéma du nez* (22 janvier 1893).

N° 1711. — M..., Noël, 23 ans. Phlyctènes et abcès cornéens; adénites cervicales volumineuses; *rhinite impétigineuse* (id.).

N° 1715. — A..., Jenny, 48 ans. Dacryocystite supprimée avec phlegmon et fistule; paralysie faciale droite ancienne; *rhinite strumeuse ancienne* (21 janvier 1893).

N° 1723. — P..., Auguste, 15 ans. Vaste ulcère supérieur de la cornée avec vascularisation de la partie inférieure de celle-ci. *Rhinite impétigineuse intense*; lèvres à croûtes épaisses. (25 janvier 1893).

NOTE COMPLÉMENTAIRE

Ziem dans le numéro de janvier 1893 des *Annales des*

maladies de l'oreille, vient de publier un nouvel article concernant trois cas d'iritis d'origine nasale, améliorés par de simples lavages des cavités nasales; nous n'avons jusqu'à présent observé aucun fait semblable.

Syphilis :

L'obs. IV (kératite diffuse héréditaire avec dacryocistite, rhinite chronique hypertrophique et dents d'Hutchinson) est à rapprocher du cas d'Holger Mygind (*Journ. of Laryngol. Rhinol. et Otology.*, août 1892), dans lequel une fille de 19 ans, syphilitique héréditaire, est atteinte de kératite diffuse, surdité puis arthrite coxo-fémorale; dents normales, Nous avons, cette année, observé 3 autres cas de cette affection avec hérédité syphilitique avérée, mais dans le premier, comme dans l'obs. IV, il y avait des dents caractéristiques et on obtint une guérison parfaite; un second, identique n'a pas été revu; un troisième, (fillette de 10 ans) actuellement en traitement dans nos salles, présente une kératite diffuse double intense avec surdité accentuée des deux côtés, surdituté commençante, rhinite chronique hypertrophique et dents incisives inférieures coniques; un frère plus jeune est mort en pleine éruption syphilitique.

Voir aussi Darzens (*Soc. française d'otologie*, 4 mai 1892), sur le traitement de la syphilis du nez.

Diphtérie :

Stack : De la rhinite pseudo-membraneuse (*Berl. Kl. Woch.* 1892, n° 4).

Trois cas nouveaux à ajouter à ceux de Stamm.

Scheinmann : De la rhinite fibrineuse (*Berl. Kl. Woch.* 1892, n° 2). — Un cas de diphtérie prolongée se révélant encore par la formation de membranes durant des semaines, alors que le processus diphtérique vrai est déjà éteint, et provoquant, par contagion, une diphtérie grave.

Tuberculose :

Lupus du nez déterminant une lésion tuberculeuse de la conjonctivite (cas de Wagenmann, Knapp, Loidholdt).

Tuberculose du sac lacrymal et du nez (cas de Cohn, de Bock), — du sac lacrymal seul (obs. XV de Loidholdt, cas de Lapersonne).

IV

DE L'EMPYÈME LATENT DU SINUS FRONTAL DIAGNOSTIQUÉ ET TRAITÉ PAR VOIE NATURELLE (1)

Par le Dr **L. LICHTWITZ** (de Bordeaux).

La forme classique de l'empyème du sinus frontal avec son cortège symptomatique (distension de la paroi orbitaire du sinus, surtout au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite, avec ou sans fistule, céphalalgie frontale, sécrétion nasale fétide, le plus souvent unilatérale et intermittente) est très connue des chirurgiens, et, dans la littérature on trouve des observations nombreuses de cette affection.

Il n'en est pas de même d'une autre forme de l'empyème du sinus frontal qui, bien que soupçonnée par certains auteurs, est restée, jusque dans ces derniers temps, presque ignorée. En effet, les cas sont fort rares où le diagnostic a été confirmé par la découverte du pus dans cette cavité. Cette forme est caractérisée par l'absence de tout signe extérieur, tels que gonflement, rougeur, fistule, etc, et de tout autre symptôme pathognomonique.

Aussi croyons-nous pleinement justifiée la désignation de « latent » que nous avons également adoptée pour la forme non classique de l'empyème de l'antre d'Highmore (1).

Les symptômes qu'on rencontre dans l'empyème latent du sinus frontal ne sont pas assez caractéristiques pour permettre, à eux seuls, de faire un diagnostic certain. Ainsi le

(1) Communication faite à la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris, séance du 3 février 1893.

seul symptôme constant : l'hypersécrétion nasale fétide ou non, unilatérale ou bilatérale, s'observe aussi dans les affections des autres sinus. Dans l'empyème du sinus frontal cette sécrétion, d'après notre remarque, se fait surtout par les arrières-fosses nasales, probablement à cause de la direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière de l'infundibulum à la partie supérieure duquel vient s'ouvrir l'orifice de ce sinus. Mais ce signe n'offre cependant rien de caractéristique, il n'est pas constant et nous l'avons vu dans les affections d'autres sinus.

Un autre symptôme moins constant mais très fréquent est la céphalalgie frontale. Des auteurs anciens, Deschamps fils (2) entre autres, sont même allés jusqu'à attribuer chaque cas de migraine à une affection du sinus frontal. C'est aller un peu loin ; la douleur frontale peut être due à des causes multiples, et d'un autre côté, nous avons observé un cas d'empyème double du sinus frontal sans douleur de tête. La douleur semble être le plus souvent due à une rétention passagère du pus dans la cavité, car elle disparaît dès que son écoulement est rétabli.

La présence du pus au niveau de la partie antéro-supérieure de l'hiatus semi-lunaris, qu'on constate parfois, ne fournit pas non plus une preuve infaillible de la suppuration du sinus frontal. En effet, on rencontre aussi ce signe dans la suppuration des cellules ethmoïdales antérieures qui se déverse au même niveau. Et dans d'autres cas, il peut très souvent faire défaut.

On a eu recours à la percussion (Zenker) (3), à l'auscultation Czernicki (4), à la transparence électrique (Vohsen) (5) pour le diagnostic de l'affection du sinus frontal. Nous citons ces méthodes de diagnostic seulement à titre de document. On n'a en effet qu'à se rappeler les différences qui existent entre les deux sinus d'individus différents et entre les sinus d'un même individu pour se convaincre que les signes fournis par ces méthodes sont de peu d'importance pour le diagnostic, surtout pour la forme latente où les altérations des parois sont moins prononcées que dans l'empyème classique.

Il n'existe qu'un seul élément de diagnostic véritablement probant, c'est la recherche directe du pus.

Puisque les méthodes de recherche du pus sont les mêmes que celles qui servent au traitement, nous pouvons les discuter en même temps.

Nous diviserons ces méthodes en trois catégories :

I. — Ouverture par voie externe (trépanation du sinus).

II. — Perforation du plancher du sinus.

III. — Cathétérisme du sinus.

I. — La méthode *par voie externe* consiste à ouvrir, soit la paroi antérieure, soit la paroi orbitaire du sinus frontal. C'est la méthode de choix dans les cas d'empyème classique où le diagnostic est assuré.

Dans la forme latente cette méthode a été employée comme moyen de diagnostic et de traitement par Ogston (6). Cet auteur a rapporté trois cas d'affection catarrhale des sinus frontaux, où il n'existait comme principal symptôme subjectif qu'une douleur à la racine du nez, accompagnée de temps en temps, d'un écoulement de pus jaunâtre et crémeux, de peu d'abondance. Les symptômes objectifs faisaient absolument défaut dans la région frontale et dans le nez. Ogston, n'ayant pas réussi à introduire un stylet dans les sinus frontaux, ouvrit d'emblée leur paroi antérieure à l'aide d'un petit trépan. Il trouva du mucus, du muco-pus ou du pus et dans deux de ces cas, la muqueuse était, en outre, recouverte de petits polypes muqueux. Après avoir rétabli la communication fronto-nasale, raclé et cautérisé la muqueuse des sinus, il introduisit un drain dont le bout supérieur restait dans le sinus frontal et dont l'extrémité inférieure sortait par le nez. Il ferma ensuite la plaie cutanée.

Dans ces trois cas les deux sinus communiquaient librement entre eux, ce qui permit à l'auteur de faire le drainage par un seul côté. Deux des malades ont parfaitement guéri; le troisième a été perdu de vue.

D'autres auteurs, Grünwald (7) et Hartmann (8) ont rapporté chacun un cas de ce genre où ils n'ont procédé à la trépanation, qu'après avoir préalablement établi le diagnostic d'empyème du sinus par voie intra-nasale, par le cathé-

térisme. Nous croyons avec eux que cette prudence n'est pas superflue. En agissant ainsi on évitera ce qui est arrivé récemment à Mayo Collier (9) qui a trépané les sinus frontaux d'un malade qu'il croyait être atteint d'une affection de ces cavités, sans y trouver ni pus ni autre altération morbide.

Nous discuterons cette méthode tant au point de vue du diagnostic que de la thérapeutique, à la fin de ce travail, après avoir exposé les procédés qui permettent d'entrer dans le sinus frontal par voie intra-nasale.

II. — *Perforation du plancher du sinus.*

C'est Schaeffer (10), en 1890, qui a préconisé cette méthode, et voici comment il procède : après avoir cocaïnisé la muqueuse, il introduit un stylet solide mais flexible, de deux millimètres d'épaisseur entre la cloison et le cornet moyen en le dirigeant directement en haut vers le front. On entend bientôt un léger crépitement dû à la fracture de minces plaques osseuses. Parfois on rencontre une résistance plus grande, on pousse alors le stylet et on a la sensation d'entrer dans une cavité. Déjà en 1885 (11), Schaeffer semble avoir employé cette méthode, mais ce n'est qu'en 1890 qu'il décrit son procédé.

Malheureusement dans l'histoire des 25 cas d'affection du sinus frontal, qu'il dit avoir traités par cette méthode, l'auteur souvent ne dit que quelques mots. Il embrasse tous les cas où il a fait la ponction sous la désignation d'empyème, après avoir dit que dans certains cas, il s'est écoulé du pus et dans certains autres du sang simplement. Quand les parois du sinus étaient cariées ou couvertes de granulations, Schaeffer se servait d'un stylet terminé par une cuiller tranchante avec laquelle il raclait les parois du sinus. L'auteur, en résumant ses observations, ajoute que 18 des malades ont guéri et que 7 ont été améliorés. Nous ne croyons pas que ce procédé ait été suivi par d'autres confrères.

Quant à nous, nous avons expérimenté la ponction (A) sur le cadavre et (B) sur le vivant.

(A) Nous l'avons pratiquée sur 7 préparations anatomiques (5 têtes entières et 2 moitiés de tête avec cloison provenant

de deux individus différents.) (1) Douze sinus ont donc servi à nos expériences.

Nous avons sur les 5 crânes entiers, pratiqué deux coupes verticales, de chaque côté de la ligne médiane. La tranche médiane ainsi obtenue mesurait de 7 à 15 millimètres d'épaisseur; elle comprenait la cloison nasale avec les parties voisines. Pour la ponction nous nous sommes servi d'un trocart droit en acier de 1 millimètre $\frac{1}{4}$ de diamètre que nous enfoncions en longeant l'angle formé par la cloison et la paroi latérale du nez.

Sur les 12 sinus, trois fois seulement la ponction a réussi; dans ces trois cas, il a fallu une fois employer beaucoup de force et encore sommes-nous tombé dans le sinus frontal opposé qui dépassait la ligne médiane.

La ponction a été impossible à faire pour les 9 autres sinus à cause de l'épaisseur du plancher. Dans un cas où je fus obligé d'employer beaucoup de force, le stylet glissa en arrière et traversa la lame criblée.

(B) Croyant au début de notre étude des affections des sinus frontaux que le cathétérisme était chose le plus souvent impraticable, nous avons, confiant dans la méthode de Schaeffer, employé son procédé dans 11 cas sur le vivant. Mais chaque fois que nous avons rencontré une résistance quelque peu considérable, nous avons préféré nous arrêter. Aussi les chiffres que nous allons donner n'ont-ils qu'une valeur relative.

Chez trois malades, d'après la longueur du trocart introduit, nous devions forcément être dans le sinus frontal.

Deux de ces cas ont été rapportés dernièrement dans notre travail sur l'hydorrhée nasale (12). Chez notre troisième malade, la ponction du sinus droit fut suivie d'une disparition presque complète des différents troubles : douleurs frontale et temporale du côté droit, chaleur et rougeur dans la même région, enchiffrenement de la fosse nasale droite, sécrétion par les arrière-fosses nasales, et kérato-

(1) Les préparations anatomiques ont été gracieusement mises à notre disposition par M. le professeur Bouhard (de Bordeaux), nous ne saurions trop le remercier de son obligeance.

conjonctivite qui avait résisté à tout traitement. Ces troubles remontaient à trois ans.

Dans les 7 autres cas, nous avons trouvé de la résistance et nous avons cru prudent de ne pas insister.

Chez un onzième malade, la ponction qui semblait avoir réussi fut suivie d'une injection d'eau phéniquée. Il survint presque aussitôt après, une syncope suivie de vomissements, de céphalalgie et de fièvre, accidents qui disparurent heureusement au bout de quelques jours sans laisser d'autres traces.

Instruit par ce cas et par les recherches anatomiques que nous avons faites depuis, nous avons complètement abandonné ce mode d'exploration malgré les trois cas où la ponction avait donné un résultat thérapeutique satisfaisant et nous n'avons plus eu recours qu'au cathétérisme.

III. — *Cathétérisme du sinus frontal.*

Le cathétérisme de l'orifice naturel du sinus frontal a été pratiqué pour la première fois par Jurasz (13) qui l'a expérimenté sur 21 personnes saines ou malades. Cinq fois le procédé réussit sans difficulté et six fois il fut difficile. Dans 10 autres cas il échoua complètement.

L'auteur s'est servi pour ses expériences d'un fin stylet métallique boutonné, de 11 à 15 centimètres de longueur. En 1891, le même auteur, sans donner de détails sur ses observations, dit qu'il a constaté chez 23 malades un catarrhe purulent du sinus frontal sans aucune lésion extérieure du nez ou du front.

Le traitement consista chez ces malades à enlever les épaissements polypoïdes du cornet moyen pour faciliter l'écoulement du pus. L'auteur aurait ainsi obtenu la guérison chez plusieurs de ses malades et dans trois cas il met cette guérison sur le compte du simple cathétérisme avec son stylet. Bien que l'auteur dise que le cathétérisme du sinus frontal sera la base d'autres procédés thérapeutiques, on voit qu'il n'a guère profité de ce qu'il avançait, puisqu'il n'a pratiqué que trois fois un cathétérisme simple de l'orifice.

Schutter (15) est allé plus loin : Dans 2 cas d'empyème du sinus, il a substitué au cathétérisme à l'aide d'un stylet, le cathétérisme avec une canule, et injecté de l'eau et surtout insufflé de l'air à travers cette canule. Grâce à ce procédé, il réussit à débarrasser ses deux malades de leur céphalalgie frontale. Dans l'un des cas, il a tari la suppuration. Malheureusement l'auteur ne décrit pas la forme de sa canule.

Nous avons vu plus haut que Hartmann (*l. c.*) et Grünwald (*l. c.*) chacun dans un cas, se sont servis du cathétérisme pour diagnostiquer l'existence du pus dans le sinus frontal, mais que pour le traitement ils ont eu recours à la trépanation du sinus.

Si le cathétérisme a été rarement essayé sur le vivant, on a fait sur le cadavre des recherches nombreuses. Mais les opinions des auteurs qui ont contrôlé la possibilité du cathétérisme de l'orifice frontal sur le cadavre, varient considérablement.

Zuckerkindl (16) dit que bien que le pus puisse s'écouler par l'orifice, le sondage de cette cavité par voie nasale lui paraît difficile et, pour lui, les cas dans lesquels il aurait réussi, ne sont pas démontrés.

Hansberg (17), à qui nous devons une étude sérieuse sur le cathétérisme des diverses cavités accessoires du nez, croit, au contraire, que presque dans la moitié de ses cas, l'introduction de la sonde dans le sinus frontal est possible. Il s'est servi d'une sonde de 1/2 à 1 millimètre de diamètre coudée à 125° à 3 centimètres de son extrémité antérieure. L'auteur ajoute que le cornet moyen est le principal obstacle au cathétérisme du sinus frontal, et qu'après ablation de ce cornet, le cathétérisme réussit habituellement.

Katzenstein (18) croit, d'après ses recherches anatomiques, que plusieurs obstacles s'opposent au cathétérisme, même après avoir fait basculer en dehors le cornet moyen. Ces obstacles sont formés par la lèvre antérieure de l'hiatus semi-lunaris et par le labyrinthe ethmoïdal qu'on doit léser forcément. D'après lui, dans les cas rares où le conduit fronto-nasal est remplacé par un large orifice, on peut alors péné-

rer dans le sinus ; mais si ce conduit existe, le cathétérisme est impossible.

Cholewa (19), tout en décrivant les obstacles qui gênent le cathétérisme (distension bulleuse de l'extrémité antérieure du cornet moyen, affaissement de cette extrémité antérieure sur la paroi latérale du nez, déviation de la cloison) et tout en mentionnant les anomalies qu'on peut rencontrer chez certains individus, croit toutefois que le cathétérisme est possible dans 60 0/0 des cas. Sa statistique n'est basée sur aucune donnée précise. Cholewa emploie une sonde à peu près semblable à celle de Hansberg.

Hartmann (*l. c.*) admet avec Hansberg que le cathétérisme est possible dans la moitié des cas environ.

Pour cet auteur, outre les difficultés que peut opposer la distension des cellules ethmoïdales, l'entrée du canal fronto-nasal peut être rendue inaccessible :

1° Par un développement considérable ou un enroulement du cornet moyen ou la formation de cavités dans son épaisseur ;

2° Par une saillie considérable de l'apophyse uncinée ;

3° Par une saillie de la bulle ethmoïdale qui remplit l'infundibulum.

Alezais (20), en 1891, dans une étude consciencieuse sur le mode de communication entre le sinus frontal et le cornet moyen, étude qu'il a faite sur 20 sujets adultes des deux sexes, s'exprime ainsi, à propos du sondage du sinus frontal : « S'agit-il d'introduire un instrument dans le sinus frontal par la voie nasale, plusieurs obstacles peuvent s'y opposer sans parler de l'étroitesse du canal et de son dédoublement qui peut dérober, si les cloisons sont complètes, une partie du sinus à l'action de la sonde. Il faut signaler sur le bord antérieur de la masse latérale de l'ethmoïde une petite dépression capable d'arrêter momentanément le bec de la sonde ; mais surtout une gouttière verticale parallèle à la gouttière frontale et plus large qu'elle immédiatement placée derrière elle, et qui conduit dans les cellules ethmoïdales antérieures ; de plus un petit conduit vertical borgne, long de 4 à 5 millimètres, s'ouvrant tantôt en avant tantôt en dedans du canal

frontal; du reste, c'est la disposition des parties plus encore que la simple présence de ces écueils qui gêne le cathétérisme. »

Nous avons nous-même essayé sur le cadavre le cathétérisme de 13 sinus frontaux (douze préparations nous avaient également servi à pratiquer la ponction). Dans trois préparations il existait une fois de deux côtés et dans les deux autres d'un seul côté seulement, une distension des cellules ethmoïdales antérieures qui séparait l'infundibulum du sinus frontal et qui aurait rendu sur le vivant le cathétérisme impraticable. Le canal fronto-nasal était très étroit et sinueux et mesurait jusqu'à 2 centimètres $\frac{1}{4}$ de longueur. Des neuf autres sinus trois communiquaient avec l'infundibulum par un simple anneau, les autres par un canal dont la longueur variait entre 1 centimètre et 1 centimètre $\frac{1}{2}$.

Pour essayer le cathétérisme nous nous sommes d'abord servi d'un simple stylet très fin ainsi que le conseille Jurasz puis d'une sonde ayant la coudure indiquée par Hansberg. Mais nous avons rencontré dans ces neuf sinus tantôt l'un tantôt l'autre des obstacles signalés par les auteurs et qui sont fournis : 1° par l'apophyse unciforme plus ou moins saillante; 2° par le cornet moyen; 3° par la bulle éthmoïdale. Toutefois nous remarquons sur nos coupes que si l'on parvenait à introduire l'extrémité du stylet par en bas et en arrière au lieu de la faire passer par en bas et en avant en suivant la gouttière fronto-nasale qui forme le prolongement du canal fronto-nasal, ces trois obstacles ne gênaient plus le cathétérisme qui alors réussissait pour les neuf sinus. Nous pouvions de plus constater que le canal fronto-nasal forme avec la ligne qui va du plancher de l'orifice nasal à l'extrémité supérieure de l'infundibulum un angle à peu près droit. Aussi, pour arriver au résultat que nous désirions, nous sommes-nous servi d'une canule dont nous donnons ci-joint le dessin (voir fig. 1) canule coudée à angle droit à 1 centimètre de son extrémité. (1) La deuxième planche que nous donnons aussi (voir fig. 2) est la reproduction exacte d'une

(1) Ces canules ont été construites très habilement sur nos indications, par M. Saint-Martin, 116, Cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux.

de nos préparations ; il n'existe qu'un simple anneau entre le sinus et l'infundibulum.

FIG. 4.

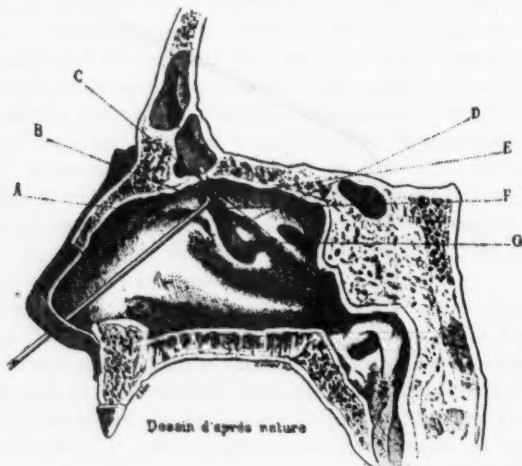


Grâce à notre canule nous pouvons facilement, sans léser les os, pénétrer dans le canal naso-frontal. Nous devons noter cependant, que dans deux de nos cas l'instrument eut peut-être pu s'égarer sur le vivant dans un des orifices des cellules ethmoïdales antérieures. Ces cellules s'ouvraient, dans le premier cas, à la partie antérieure de l'infundibulum ; et dans le deuxième au-dessus et derrière l'infundibulum.

D'après nos expériences sur ces quelques préparations nous croyons qu'en se servant d'une canule coudée à angle droit, les obstacles formés par l'apophyse uncinée, la bulle ethmoïdale et le cornet moyen, peuvent être évités. Le seul obstacle sérieux qui puisse s'opposer au cathétérisme dans

ces conditions n'est fourni que par les cellules ethmoïdales antérieures quand elles s'interposent entre le sinus frontal et l'infundibulum.

(Fig. 2.)



A. Apophyse unciforme. — B. Orifice fronto-nasal. — C. Implantation du cornet moyen qui a été enlevé. — D. Orifice des cellules ethmoïdales antérieures. — E. Canule coudée à angle droit. — F. Partie antéro-supérieure de l'infundibulum. — G. Bulle éthmoïdale.

Une fois ces données acquises, nous avons pratiqué le cathétérisme sur le vivant. Nous nous sommes servi d'une canule de même coudure et d'épaisseur variant de 1, 1 1/2 à 2 millimètres. Nous avons aussi fait construire une canule à double courant de 2 millimètres de diamètre, mais elle n'est que rarement utile. En effet, une fois la sonde introduite, il reste assez de place entre elle et les parois du canal frontal pour permettre au liquide de s'écouler librement : elle n'est applicable du reste que quand l'orifice du canal frontal a au moins 2 millimètres de diamètre.

Chez le vivant, il y a à établir une distinction entre le canal frontal du sinus sain et celui du sinus malade.

Dans le premier cas, alors même que le bec de la canule

se trouve à une distance de plus de 6 centimètres du plancher de l'orifice externe du nez, le cathétérisme est douteux, bien que Hansberg affirme que la distance entre le plancher du sinus frontal et celui de l'orifice nasal externe est en moyenne de 5 centimètres. Les sensations qu'éprouvent les malades quand l'eau pénètre dans le sinus ne sont pas toujours suffisamment précises pour nous renseigner, aussi est-on en droit de se demander si l'on a véritablement pénétré dans le canal frontal ou si l'on n'est pas dans un des orifices accessoires, dans les cellules ethmoïdales, par exemple.

Pour ce qui est du sinus malade, au contraire, ces doutes n'existent pas. Nous avons toujours trouvé dans nos cas pathologiques, après l'ablation des polypes et des bourgeons charnus qui obstruent souvent la partie supérieure de l'infundibulum, que le canal fronto-nasal était plus large que normalement ce qui permettait à la canule de pénétrer dans la direction du front jusqu'à 7 centimètres. Dans deux cas d'empyème double elle entraît jusqu'à 7 centimètres $1/2$ et 8 centimètres ; l'on avait la sensation nette d'avoir franchi le canal et d'être en plein sinus. De plus la sortie du pus, souvent très abondant, comme dans le cas que nous rapportons plus loin *in extenso*, et le soulagement immédiat ressenti par les malades dans la région frontale, prouvent suffisamment que l'injection a bien porté dans l'intérieur du sinus.

Cette différence dans l'exécution du cathétérisme du sinus sain et du sinus affecté, nous l'avons constatée nettement chez deux de nos malades. A gauche, côté malade, on entraît avec la canule sans difficulté jusque dans le sinus, à droite, où il n'existait pas de trouble, le cathétérisme était douteux.

Un autre phénomène que nous avons constaté chez les individus atteints d'empyème chronique du sinus frontal et qui rend chez eux le cathétérisme plus facile, c'était la diminution de la sensibilité au pourtour de l'orifice fronto-nasal. La sensibilité est tellement émoussée que point n'est besoin d'employer la cocaïne.

Chez 7 malades, grâce au cathétérisme du sinus fron-

tal, il nous a été permis de diagnostiquer et de traiter par l'orifice naturel l'empyème de cette cavité.

Quatre de ces malades étaient atteints d'un empyème unilatéral, et trois d'un empyème double du sinus frontal. Chez trois des quatre premiers, l'affection du sinus frontal existait seule, chez le quatrième elle était combinée avec un abcès du sinus maxillaire. Dans les trois cas d'empyème bilatéral il existait aussi des affections d'autres sinus, notamment des sinus sphénoïdaux.

Pour ce qui est de l'étiologie, il est à remarquer que l'affection remontait toujours à plusieurs années, à 24 ans dans le cas que nous rapportons. Tous nos malades avaient eu ou avaient encore au début du traitement des polypes des fosses nasales. Dans les quatre cas d'empyème unilatéral on trouvait deux fois des polypes du côté malade et deux fois des deux côtés; dans les trois cas d'empyème double il en existait des deux côtés.

Le diagnostic n'était possible chez nos 7 malades que par le lavage explorateur; en effet les symptômes présentés n'avaient pas à eux seuls une valeur diagnostique suffisante. Ils consistaient en une sécrétion plus ou moins abondante qui se déversait par les arrière-fosses nasales. Cette sécrétion était fétide dans le cas où il existait au début une rétention du pus. De plus, six de nos malades souffraient de céphalalgie frontale ou de douleurs de tête, le septième atteint aussi d'un empyème du sinus sphénoïdal se plaignait que de gros paquets de muco-pus lui tombaient dans la gorge, symptôme que nous croyons devoir rattacher à l'affection du sinus sphénoïdal.

Le traitement a consisté en lavages réguliers à travers la canule (une à trois fois par semaine) avec de l'eau phéniquée. Ces lavages étaient suivis d'injections de glycérine ou de vaseline iodoformée, de glycérine ichthyolée. Les astringents ont été mal supportés.

Il y a trop peu de temps que ce traitement a été institué, pour que nous puissions en tirer une conclusion quelconque; nous nous contenterons de rapporter l'état actuel de nos malades.

Chez ceux atteints de douleurs, le traitement a amené la disparition immédiate des céphalalgies, et chez tous la diminution plus ou moins grande de la sécrétion frontale.

L'observation d'un des trois malades atteint d'empyème isolé et unilatéral du sinus frontal est rapportée au long à la fin de ce travail.

Le cathétérisme n'est plus pratiqué qu'à des intervalles de plusieurs semaines chez les deux autres. Ces malades ne se mouchent et ne crachent plus que rarement. La sécrétion persiste encore chez la malade atteinte d'empyème du sinus maxillaire et du sinus frontal d'un côté ainsi que chez les trois malades porteurs d'une affection double du sinus frontal et d'un ou de plusieurs autres sinus, notamment des sinus sphénoïdaux; mais cette sécrétion est bien moins abondante et nous aurons du reste l'occasion de rapporter ces cas ultérieurement.

OBSERVATION. — Empyème latent chronique du sinus frontal gauche diagnostiqué et traité par voie intra-nasale. — Disparition de la céphalalgie frontale remontant à vingt-quatre ans.

M. B., 38 ans, vient me consulter au mois d'avril 1892, pour des maux de tête incessants et une sécrétion nasale fétide abondante, avec obstruction de la narine gauche.

Le malade fait remonter sa maladie à l'âge de 14 ans, époque à laquelle il est tombé d'un premier étage. A la suite de cette chute, fracture des os du nez et hémorragie nasale abondante. Depuis lors, le malade souffre presque constamment de douleurs de tête, douleurs s'accompagnant de sensation de chaleur dans toute la moitié gauche de la face; il mouche par la narine gauche une grande quantité de matières fétides et ressent souvent une mauvaise odeur dans le nez. Dentition de tout temps mauvaise.

Il y a cinq ou six ans que le malade s'est aperçu qu'il respirait difficilement par la narine gauche: il y a deux ans il consulta un confrère qui cautérisa au galvanocautère, et sans résultat, la muqueuse nasale du côté gauche.

Actuellement tous les symptômes du début persistent avec plus d'intensité toutefois. Crises de nerfs suivies d'abattement et de mélancolie. Insomnies fréquentes et cauchemars. A l'exa-

men du nez, on constate, à gauche, au niveau de l'hiatus semilunaris, des polypes et beaucoup de muco-pus. Pas de déformation et de gonflement de la joue ni du front. Rien à droite. A l'examen ophtalmoscopique de l'œil gauche, M. Latrille, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine, constate une congestion très marquée des veines rétiniennees qui sont presque triplées de volume et qui décrivent un coude très accentué à une distance de un diamètre papillaire. L'acuité visuelle est normale, l'œil droit ne présente aucune lésion. Après le lavage de l'antre d'Highmore qui fit sortir beaucoup de pus, je portai le diagnostic d'empyème de cet antre et cela, avec d'autant plus de certitude que je trouvai presque toutes les grosses molaires supérieures gauches cariées, notamment la deuxième. Quatre jours après je fis extraire cette dent et j'ouvris largement le sinus par son alvéole. A l'injection faite après l'opération, ainsi que les jours suivants, l'eau sortit claire, mais le malade continua à moucher abondamment et les maux de tête persistèrent.

Le 10 mai, après l'ablation d'un polype implanté au niveau de l'infundibulum, je pratique le lavage du sinus frontal gauche par l'orifice naturel, à l'aide d'une canule coudée à angle droit (la coudure portant à un centimètre de son extrémité antérieure). Il s'écoule un gros paquet de muco-pus et aussitôt après, pas plus que le lendemain, le malade ne ressent ses douleurs névralgiques habituelles. A l'ophtalmoscope on constate la disparition de la congestion des veines rétiniennees. Le 12 mai, nouvelles douleurs. Un deuxième lavage du sinus est suivi de la disparition des douleurs frontales.

Depuis lors, je pratique régulièrement deux à trois fois par semaine des lavages du sinus avec différents antiseptiques (eau phéniquée, etc.), plus tard ces lavages sont suivis d'injections de glycérine, de vaseline-iodoformée, et finalement de glycérine ichthyolée.

De cette longue observation je ne mentionnerai que quelques faits intéressants : au début, parfois à l'injection il ne sortait presque pas de pus et ce n'est que quelques minutes après, une demi-heure quelquefois, que le malade mouchait ou crachait de gros paquets de mucosités. Depuis que je fais suivre l'injection d'une insufflation d'air à travers la canule, j'arrive à vider le sinus frontal mieux qu'avec des injections d'eau, même répétées coup sur coup.

A plusieurs reprises j'ai été obligé d'enlever des polypes qui

obstruaient la partie supérieure de l'hiatus et qui rendaient le cathétérisme difficile. Depuis que j'ai enlevé un polype mince d'une longueur de 3 centimètres environ qui semblait sortir du sinus frontal et que j'ai raclé le canal fronto-nasal avec une cuiller tranchante, l'issue du pus par le lavage est devenue plus facile (*). Le cathétérisme n'occasionne pas de douleur même avec une canule à double courant de deux millimètres de diamètre. Tout au plus peut-on noter après l'injection une douleur légère dans l'œil gauche accompagnée de larmoiement. Depuis le début du traitement de son sinus frontal, le malade n'éprouve plus ni céphalée ni lourdeur de tête qui reparaissent toutefois dès qu'il reste quelques jours sans se faire soigner. Pendant un mois où j'étais absent, le malade n'a suivi aucun traitement, et, durant ce temps, il a vu revenir à cinq ou six reprises ses anciennes douleurs frontales, bien que moins fortes. Le seul symptôme qui persiste malgré les lavages réguliers est la sécrétion du sinus frontal gauche, avec cette différence que le pus autrefois fétide et grumeleux s'est transformé en muco-pus; parfois même il ne sort que du mucus gélatineux.

Le malade a meilleure mine; il travaille avec plus d'entrain, n'a plus ses emportements d'autrefois et, avec les douleurs frontales, ont aussi disparu les bouffées de chaleur qui montaient de temps en temps à la face du côté gauche, les insomnies fréquentes et les cauchemars.

Nous avons, parmi nos sept observations, choisi celle de ce malade, parce que chez lui l'affection frontale existait isolément et parce qu'il nous semblait représenter un type de l'empyème chronique du sinus frontal sans signes extérieurs.

Il est intéressant de noter aussi dans ce cas l'erreur du premier diagnostic d'empyème de l'antre d'Highmore, erreur qui provenait de la présence du pus dans l'antre; mais ce pus n'était pas né sur place, il provenait du sinus frontal.

(*) Le pus est pseudo-membraneux, verdâtre et forme des blocs irréguliers très visqueux. Un examen bactériologique du pus recueilli avec les précautions aseptiques nécessaires est fait au laboratoire de M. Pitres, par M. Sabrazès. L'examen montre le pneumocoque de Talamon-Frankel en si grande abondance qu'on se croirait en présence d'un exsudat de méningite à pneumocoques. Les cultures et inoculations à la souris, faites avec ce pus, ont confirmé ce diagnostic bactériologique.

Ce cas montre l'importance du lavage explorateur du sinus frontal pour le diagnostic et la possibilité d'un traitement de cette cavité naturelle.

Il ne nous reste maintenant qu'à faire ressortir l'avantage du cathétérisme sur les autres méthodes, tant au point de vue du *diagnostic* que du *traitement*.

On nous accordera que pour ce qui concerne la simple exploration du sinus frontal, le cathétérisme devrait être préféré à l'ouverture artificielle de cette cavité. Nous avons vu plus haut que la perforation du plancher n'est pas exempte de danger. Il en est de même de la trépanation. On ne voudra pas s'exposer à faire ces opérations sans être sûr de trouver une lésion dans le sinus, comme ce mécompte est arrivé à Mayo Collier dans le cas relaté plus haut, surtout si on a à sa disposition une méthode plus inoffensive.

Le lavage explorateur à l'aide du cathétérisme, par contre, n'offre aucun danger et est en général peu douloureux. Nous l'avons pratiqué chez nos sept malades atteints d'empyème du sinus frontal, et chez plus de vingt autres individus.

La valeur thérapeutique du cathétérisme prêterait plus facilement à la critique. Nous croyons cependant que, dans le cas où il n'y a pas péril en la demeure, on devra toujours commencer par traiter l'empyème latent du sinus frontal (peut-être même aussi sa forme classique), par la voie naturelle, quitte à procéder ensuite à la trépanation, si ce traitement échoue.

En voici les raisons : l'orifice naturel, par suite de sa situation déclive, offre les conditions chirurgicales les plus favorables pour le libre écoulement du pus. Aussi beaucoup de chirurgiens quand ils ont un cas d'empyème classique du sinus frontal à traiter, cherchent-ils, après avoir pratiqué la trépanation, à rétablir la communication fronto-nasale. Soelberg Wels (21), en 1870, pour maintenir cette communication, a même employé un drain dont un bout sortait par la plaie frontale suturée, et dont l'autre bout sortait par la narine ; et Panas (voir la thèse de Guillemin) (22) a perfectionné récemment cette méthode.

Ogston, comme nous l'avons vu plus haut, dans ses trois cas d'empyème latent, s'est servi également du drainage fronto-nasal, avec cette différence qu'il fermait complètement la plaie frontale, et que l'extrémité supérieure du drain restait dans la cavité. Mais, au lieu de rétablir la communication fronto-nasale, après avoir fait la trépanation, nous croyons qu'on devra toujours tenter d'obtenir le même résultat par un cathétérisme répété qui, d'après notre expérience, suffit pour maintenir la voie ouverte entre le sinus et l'infundibulum.

Il ne faut pas oublier que la trépanation du sinus frontal est une opération assez sérieuse. Outre qu'elle laisse des cicatrices apparentes, elle se complique souvent d'érysipèle. Cette complication est d'autant plus fréquente, qu'on est obligé de maintenir la fistule frontale béante pendant des mois entiers.

Il nous semble donc que la trépanation du sinus frontal ne devra être employée que comme dernière ressource, dans les cas qui auront résisté au traitement par voie naturelle, et qui feront penser à une complication quelconque du côté du sinus (existence de polypes, carie et nécrose de ses parois). Là seulement la trépanation nous paraît indiquée, car elle permettra une ablation radicale des polypes et des séquestres et un raclage soigneux des parois du sinus frontal.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) LICHTWITZ (L). — Du diagnostic de l'empyème « latent » de l'autre d'Highmore par le lavage explorateur. (*Bulletin médical*, n° 86, 26 octobre 1890.)
- (2) DESCHAMPS fils. — Dissertation sur les maladies des fosses nasales et de leurs sinus. (Paris, 1804.)
- (3) ZENKER (W). — Eine Mittheilung über die Percussion der Stirnhöhlen. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, p. 43, XXVII, 1870.)
- (4) CZERNICKI. — Quelques résultats fournis par l'auscultation des sinus frontaux, suite de coryza. (*Rec. de mém. de méd. milit.*, 3^e série, XXIII, p. 521, décembre 1869.)
- (5) VOHSEN. — Die Durchleuchtung der Oberkieferhöhle und

Stirnhöhle, und deren Erkrankungen. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 46, 17 novembre 1890.)

(6) OOSTON (A). — Trephining the frontal sinus for catarrhal diseases. (*The Medical Chronicle*, décembre 1884.)

(7) GRUNWALD (L). — Beiträge zur Chirurgie der oberen Luftwege und Adnexa. (*Münch. med. Woch.*, n° 40, 6 octobre 1891.)

(8) HARTMANN (A). — Ueber die anatomischen Verhältnisse der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung. (*Sonderabdruck aus Langenbeck's Archiv.*, Bd. XLV, Heft 1; Vortrag gehalten am XXI. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. (Berlin, 10 juin 1892.)

(9) COLLIER (MAYO). — The surgery of the frontal sinus. (*British Laryngol. and Rhinol. Assoc.*, 9 décembre 1892; in *Journal of Laryngol.*, n° 1, janvier 1893.)

(10) SCHAEFFER (M). — Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase mit Ausnahme des Sinus maxillaris. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, 1890.)

(11) SCHAEFFER (M). — Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. (Wiesbaden, 1885.)

(12) LICHTWITZ (L). — Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale. (*Arch. clin. de Bordeaux*, n° 12, décembre 1892.)

(13) JURASZ (A). — Ueber die Sondirung der Stirnbeinhöhle. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 3, 1887.)

(14) JURASZ (A). — Krankheiten der Luftwege. (Heidelberg, 1891, I, p. 101.)

(15) SCHÜTTER. — Beitrag zur Casuistik des Stirnhöhlenempyems. (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 10, 1888.)

(16) ZUCKERKANDL (E). — Nebenhöhlen der Nase. (in *Realencyclopädie der ges. Heilkunde*. Bd. XIV, 1888, p. 49.)

(17) HANSBERG. — Die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nos 1 et 2, 1890.)

(18) KATZENSTEIN. — Ueber Pyoktanin bei Stirnhöhleneiterung. (*Therapeut. Monatsh.*, n° 9, septembre 1891, p. 484.)

(19) CHOLEWA. — Ueber die Sondirbarkeit der Stinhöhlen. (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, nos 8 et 9, 1892.)

(20) ALEZAIS. — Note sur le mode de communication du sinus frontal avec le méat moyen. (*Bulletins de la Société de Biologie*, séance du 17 octobre 1891, p. 702-705.)

(21) WELS (Soelberg). — Abscess of the frontal sinus; opération; cure. (*The Lancet*, I, 20; mai 1870.)

(22) GUILLEMAIN. — Étude sur les abcès des sinus frontaux

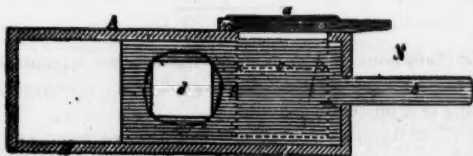
considérés principalement dans leurs complications orbitaires, leur diagnostic et leur traitement. (*Archives d'ophtalmologie*, XI, nos 1 et 2, 1891.)

ERRATA

Dans le numéro de janvier, les dernières figures du mémoire de notre collaborateur, M. le Dr Hamon du Fougeray, ont été pour la plupart si mal tirées que nous croyons devoir les reproduire sur une planche isolée, à la page suivante, pour permettre à nos lecteurs de suivre les longs développements de cet intéressant travail.

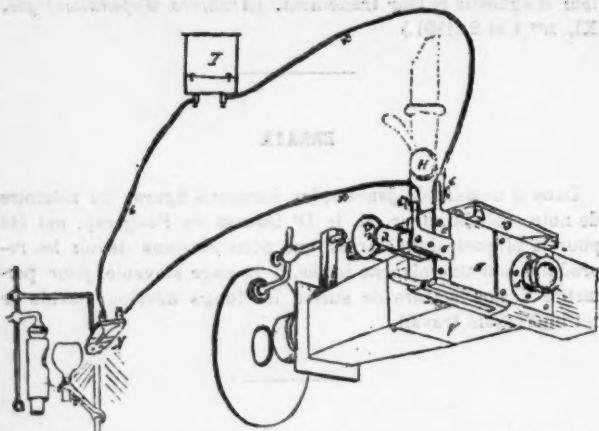
Nous publions dans ce même numéro deux planches représentant l'appareil à photographie du Dr Musehold, qui n'avait pas pu accompagner le mémoire de cet auteur pour des raisons indépendantes de notre volonté.

D'après le Photograph : *Wochenblatt*, Châssis (demi-grandeur). La paroi postérieure a été enlevée.



- A. Châssis.
a. fente fermée par une coulisse.
B. Chariot (face postérieure).
b. manche conducteur.
c. loge pour la plaque sensible.
d. verre transparent, fixé à la paroi antérieure.

Appareil pour photographie du larynx, du Dr MUEKHOLD.



- A. Chambre noire, avec objectif et réflecteur.
 B. Châssis :
 C. Manche conducteur du chariot.
 D. Contact pour l'allumage électrique.
 E. Fente fermée par une coulisse, servant à introduire la plaque sensible.
 F. Loupe.
 G. Crémaillère servant à avancer ou à reculer la chambre.
 H. Pied fixe articulé, avec vis de pression pour pousser, baisser ou incliner l'appareil.
 J. Fils conducteurs.
 K. Lampe-éclair.
 L. Accumulateur.

} représentés schématiquement au moment où se produit l'éclair magnésien.

Le Dr Ziem nous prie de rectifier les erreurs suivantes qui se sont produites dans son mémoire sur l'*Iritis d'origine nasale*, paru dans le numéro de janvier.

Page 47, 2^e ligne en partant du bas, lire *me* paraissait affecté au lieu de *ne* paraissait affecté.

Page 48, 3^e ligne de la *note* en partant du bas de la page, lire préconisée *de même* par le Dr Lichtwitz.

Page 49, 1^{re} ligne en partant du bas de la page, lire *antérieure* au lieu d'*extérieure*.

Page 52, 1^{re} ligne en partant du haut, lire *observation* au lieu d'*opération*.

Page 54, 2^e ligne en partant du haut, lire *pupillaires* au lieu de *papillaires*.

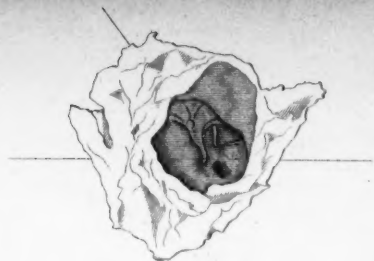


Fig. 10 - Position verticale de l'oreille - Page 22

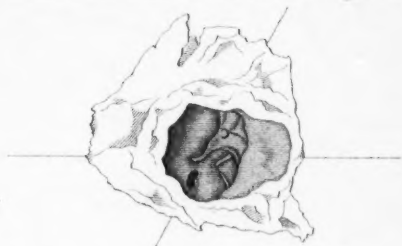


Fig. 11 - Vêlè inclinée en arrière de 30° - Page 23

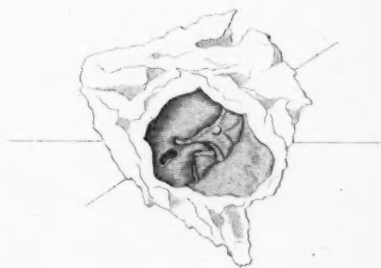


Fig. 12 - Vêlè inclinée en arrière de 60° - Page 23

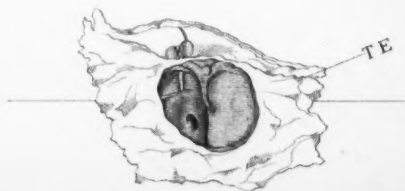
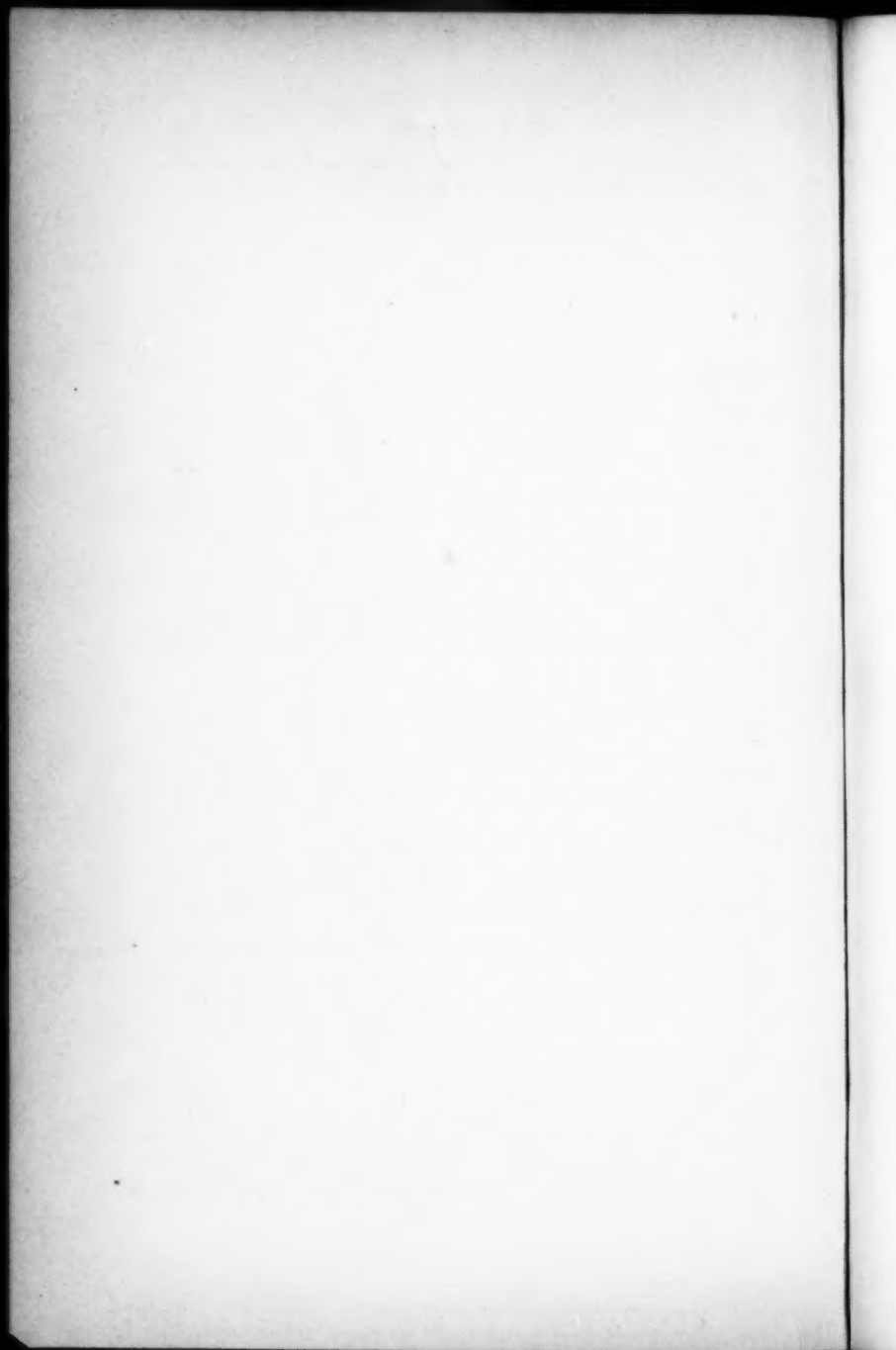


Fig. 13 - Topographie de la caisse du tympan, vue d'ensemble, la moitié antérieure de la membrane a été conservée et la paroi de l'attique enlevée - Page 24



où il y a eu erreur dans l'emplacement des figures, la *figure 1* doit être à la place de la *figure 2* et réciproquement.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs cavités accessoires, par E. ZUCKERKANDL. (Tome II. — 1 vol. in 8° de 222 p. avec 24 pl. lith. — Wien et Leipzig, Wilhelm Braunnüller, 1892.)

Ce livre naît dix ans après son aîné. Beaucoup de chapitres sont le complément de sujets déjà traités dans le premier volume, d'autres ont trait à des matières nouvelles, sur lesquelles l'auteur avoue trop modestement que son expérience lui faisait alors défaut. C'est qu'en effet ce travail ne ressemble en rien à tant d'ouvrages, qui, se copiant les uns les autres, engorgent un bibliothécaire; c'est une œuvre de haute valeur, essentiellement personnelle, où le professeur viennois nous expose les résultats de ses longues recherches, de ses minutieuses observations : dix ans de travaux condensés en deux cents pages dont chacune est à méditer. Après la publication du premier volume, il ne restait plus que peu de choses à dire sur l'anatomie normale du nez : aussi ce second tome traite-il surtout de l'anatomie pathologique.

Les soixante premières pages forment une monographie du *septum* et de ses altérations. L'auteur y passe en revue le développement des crêtes et éperons, et montre, chose encore peu étudiée, les malformations des cornets consécutives aux inflexions pathologiques de la cloison. Plus loin, mécanisme et symptômes des luxations et fractures du *septum* sont minutieusement analysés; la luxation atteint exclusivement l'articulation voméro-chondrale tandis que la fracture peut occuper différents points de la cloison osseuse; cette fracture peut être longitudinale ou transversale : la première variété, dont le trait se dirige d'avant en arrière, est commune, tandis que l'autre, orientée de haut en bas, se voit rarement; dans les deux cas, la consolidation a lieu par cal fibreux. La fracture est le plus souvent simple, la muqueuse septale ne se laissant déchirer que si le trauma a été in-

tense. Plus tard, il devient très difficile de distinguer une fracture guérie d'une déviation du septum : c'est en considérant le côté concave qu'on aura le plus de chances d'arriver à la vérité; une dépression profonde du septum, limitée de bords saillants, en forme des crêtes sur lesquelles la muqueuse s'épaissit, indique généralement une ancienne fracture.

Passant ensuite en revue la physiologie pathologique des déviations de la cloison, Zuckerkandl propose la division suivante : *a*, type traumatique; — *b*, type compensateur, consécutif à l'hypertrophie unilatérale du cornet moyen; — *c*, type rachitique, très rare, puisqu'il n'a pas encore eu l'occasion d'en observer un cas net; — *d*, type physiologique, dont le mécanisme est à l'heure actuelle une pomme de discorde au camp des rhinologistes. Zuckerkandl, pense que si les inflexions du septum sont plus fréquentes chez les peuples européens que dans les races prognathes, cela tient à ce que l'atrophie du maxillaire inférieur chez les premiers ne s'accompagne pas toujours d'un raccourcissement proportionné de la cloison, qui est dès lors obligée de s'infléchir pour accommoder sa hauteur trop grande à une cavité rétrécie. Dans la production de cette malformation, l'hérédité joue un rôle capital.

Dans le quatrième chapitre, nous trouvons décrit sous le néologisme de *Xanthose de la muqueuse nasale* une affection, non encore observée et qui consiste en ceci : des hémorragies abondantes et répétées se produisent dans l'épaisseur de la muqueuse; puis, le sang subissant une métamorphose dégénératrice ordinaire, la membrane demeure infiltrée d'une matière amorphe qui lui donne une coloration jaune, sale, caractéristique. La lésion se présente sous forme de plaques, ordinairement non saillantes pouvant se montrer sur toutes les parties du nez, mais surtout sur le septum. La xanthose de la cloison semble être une cause qui prédispose au développement de l'ulcère perforant; les choses se passent habituellement dans l'ordre suivant :

- a*. Éraillures, grattages, irritations mécaniques prolongées de la muqueuse qui recouvre le cartilage septal.
- b*. Hémorragies interstitielles : xanthose.
- c*. Oblitération des capillaires : nutrition insuffisante.
- d*. Atrophie partielle et formation de l'ulcère, perforant si une infection secondaire s'y surajoute.

Plus loin se trouve une étude histologique minutieuse des processus inflammatoires qui atteignent la muqueuse du sinus maxillaire. Zuckerkandl les ramène à deux formes : inflammations

séreuses, inflammations purulentes. Dans les premières formes, une infiltration de sérosité abondante mêlée de rares cellules rondes, distend le chorion de la muqueuse; après guérison, il peut y avoir restitution *ad integrum*, mais le plus souvent la maladie laisse à sa suite des kystes, des travées conjonctives, des polypes ou excroissances polypiformes qui témoignent de son passage. Dans la forme purulente, l'infiltration de cellules rondes dans l'épaisseur de la muqueuse est considérable; il y a atrophie des glandes par compression; et plus tard, véritable dégénérescence fibreuse de la membrane de revêtement.

Le huitième chapitre traite des polypes du nez : Zuckerkandl a peu de chose à ajouter sur ce point, à ce qu'il en a dit dans son premier volume; seules évaluent quelque intérêt, plusieurs observations de polypes gélatineux à insertion rare (lame criblée, etc.). A noter cependant une bonne étude histologique de ces tumeurs. Il faut, au point de vue anatomique, rapprocher, jusqu'à les confondre, les polypes muqueux, des épaissements et productions papillonnateuses de la rhinite hypertrophique; dès lors, il n'y a plus à chercher bien loin, les raisons pour lesquelles le polype gélatineux ne se développe jamais au niveau du cornet inférieur; c'est une question de topographie, rien de plus. Zuckerkandl admet la nature inflammatoire des polypes muqueux et l'appuie sur une série de preuves : au point de vue anatomique c'est la coexistence des polypes avec des lésions incontestablement irritatives de la muqueuse nasale avoisinante; c'est une infiltration constante de cellules rondes que l'on y remarque à toutes les phases de leur évolution. Au point de vue chimique quelle meilleure démonstration on peut en donner que de montrer les rhinolithes, irritant la muqueuse et déterminant autour d'eux une déformation polypoïde qui les engaine? Donc le polype muqueux est la résultante du catarrhe chimique de la pituitaire : au reste, sauf quelques dissidents tels que Moldenhauer, les classiques sont d'accord sur ce point.

Sur la nature anatomique de l'ozène, Zuckerkandl ne se prononce pas; un stade hypertrophique peut-il parfois précéder la période atrophique? Il le pense, sans pouvoir l'affirmer.

Suit un chapitre sur les synéchies nasales. Celles-ci se montrent le plus souvent au niveau de la fente olfactive en raison de son étroitesse; il suffit d'un épaissement même faible de la muqueuse, pour que les deux parois viennent en contact; ces adhérences sont surtout favorisées par la préexistence de saillies osseuses sises sur les cornets moyen et supérieur. Zuckerkandl

tense. Plus tard, il devient très difficile de distinguer une fracture guérie d'une déviation du septum : c'est en considérant le côté concave qu'on aura le plus de chances d'arriver à la vérité; une dépression profonde du septum, limitée de bords saillants, en forme des crêtes sur lesquelles la muqueuse s'épaissit, indique généralement une ancienne fracture.

Passant ensuite en revue la physiologie pathologique des déviations de la cloison, Zuckerkandl propose la division suivante : *a*, type traumatique; — *b*, type compensateur, consécutif à l'hypertrophie unilatérale du cornet moyen; — *c*, type rachitique, très rare, puisqu'il n'a pas encore eu l'occasion d'en observer un cas net; — *d*, type physiologique, dont le mécanisme est à l'heure actuelle une pomme de discorde au camp des rhinologistes. Zuckerkandl, pense que si les inflexions du septum sont plus fréquentes chez les peuples européens que dans les races prognathes, cela tient à ce que l'atrophie du maxillaire inférieur chez les premiers ne s'accompagne pas toujours d'un raccourcissement proportionné de la cloison, qui est dès lors obligée de s'infléchir pour accommoder sa hauteur trop grande à une cavité rétrécie. Dans la production de cette malformation, l'hérédité joue un rôle capital.

Dans le quatrième chapitre, nous trouvons décrit sous le néologisme de *Xanthose de la muqueuse nasale* une affection, non encore observée et qui consiste en ceci : des hémorragies abondantes et répétées se produisent dans l'épaisseur de la muqueuse; puis, le sang subissant une métamorphose dégénératrice ordinaire, la membrane demeure infiltrée d'une matière amorphe qui lui donne une coloration jaune, sale, caractéristique. La lésion se présente sous forme de plaques, ordinairement non saillantes pouvant se montrer sur toutes les parties du nez, mais surtout sur le septum. La xanthose de la cloison semble être une cause qui prédispose au développement de l'ulcère perforant; les choses se passent habituellement dans l'ordre suivant :

a. Éraillures, grattages, irritations mécaniques prolongées de la muqueuse qui recouvre le cartilage septal.

b. Hémorragies interstitielles : xanthose.

c. Oblitération des capillaires : nutrition insuffisante.

d. Atrophie partielle et formation de l'ulcère, perforant si une infection secondaire s'y surajoute.

Plus loin se trouve une étude histologique minutieuse des processus inflammatoires qui atteignent la muqueuse du sinus maxillaire. Zuckerkandl les ramène à deux formes : inflammations

séreuses, inflammations purulentes. Dans les premières formes, une infiltration de sérosité abondante mêlée de rares cellules rondes, distend le chorion de la muqueuse; après guérison, il peut y avoir restitution *ad integrum*, mais le plus souvent la maladie laisse à sa suite des kystes, des travées conjonctives, des polypes ou excroissances polypiformes qui témoignent de son passage. Dans la forme purulente, l'infiltration de cellules rondes dans l'épaisseur de la muqueuse est considérable; il y a atrophie des glandes par compression; et plus tard, véritable dégénérescence fibreuse de la membrane de revêtement.

Le huitième chapitre traite des polypes du nez : Zuckerkandl a peu de chose à ajouter sur ce point, à ce qu'il en a dit dans son premier volume; seules méritent quelque intérêt, plusieurs observations de polypes gélatineux à insertion rare (lame criblée, etc.). A noter cependant une bonne étude histologique de ces tumeurs. Il faut, au point de vue anatomique, rapprocher, jusqu'à les confondre, les polypes muqueux, des épaissements et productions papillomateuses de la rhinite hypertrophique; dès lors, il n'y a plus à chercher bien loin, les raisons pour lesquelles le polype gélatineux ne se développe jamais au niveau du cornet inférieur; c'est une question de topographie, rien de plus. Zuckerkandl admet la nature inflammatoire des polypes muqueux et l'appuie sur une série de preuves : au point de vue anatomique c'est la coexistence des polypes avec des lésions incontestablement irritatives de la muqueuse nasale avoisinante; c'est une infiltration constante de cellules rondes que l'on y remarque à toutes les phases de leur évolution. Au point de vue chimique quelle meilleure démonstration on peut en donner que de montrer les rhinolithes, irritant la muqueuse et déterminant autour d'eux une déformation polypoïde qui les engaine? Donc le polype muqueux est la résultante du catarrhe chimique de la pituitaire : au reste, sauf quelques dissidents tels que Moldenhauer, les classiques sont d'accord sur ce point.

Sur la nature anatomique de l'ozène, Zuckerkandl ne se prononce pas; un stade hypertrophique peut-il parfois précéder la période atrophique? Il le pense, sans pouvoir l'affirmer.

Suit un chapitre sur les synéchies nasales. Celles-ci se montrent le plus souvent au niveau de la fente olfactive en raison de son étroitesse; il suffit d'un épaissement même faible de la muqueuse, pour que les deux parois viennent en contact; ces adhérences sont surtout favorisées par la préexistence de saillies osseuses sises sur les cornets moyen et supérieur. Zuckerkandl

les nomme tubercules ethmoïdaux antérieur et postérieur et insiste sur leur importance, qui dès la vie intra-utérine s'affirme nettement. Ces synéchies ont pour causes secondes tous les processus inflammatoires qui atteignent la pituitaire et en particulier la syphilis.

A propos de la syphilis nasale Zuckerkandl pose une affirmation intéressante : à côté, dit-il, de la forme habituelle de la rhinite tertiaire qui, par l'intermédiaire des ulcérations spécifiques aboutit à la transformation fibreuse de la muqueuse, il existe une deuxième forme de coryza syphilitique, empruntant le masque de l'ozène vrai, et aboutissant à l'atrophie des cornets, sans déterminer de processus de nécrose apparents.

Quinze pages viennent ensuite où l'auteur s'attache à démontrer que l'hydropisie de l'antre d'Highmore telle qu'elle est décrite dans les traités de chirurgie est exceptionnelle. Le plus souvent, il s'agit d'un kyste d'origine dentaire ayant peu à peu refoulé la paroi du sinus, au point d'effacer sa cavité : ainsi la sensation de parchemin froissé que donne au doigt la joue appartient essentiellement à la symptomatologie du kyste dentaire; dans l'hydropisie vraie du sinus au contraire c'est la paroi la plus mince, la paroi nasale qui devrait céder la première, fait que la clinique ne permet de constater que dans un très petit nombre de cas.

On lira aussi avec grand intérêt les faits d'empyème du sinus maxillaire rapporté dans ce livre, et les intéressantes considérations qu'en tire l'auteur. Le mot généralement employé d'empyème est inexact, car il désignait originairement une accumulation de pus dans une cavité close, condition qui ne se réalise qu'exceptionnellement dans le sinus maxillaire, quand la muqueuse très tuméfiée oblitère l'ostium maxillaire; cependant, l'usage ayant imposé cette dénomination, mieux est de la conserver. Parmi les symptômes qui révèlent de la collection purulente, il en est un sur lequel Zuckerkandl insiste volontiers : « voussure » de la paroi nasale du sinus, faisant saillie au niveau du méat moyen, parfois au point de repousser le cornet moyen jusqu'à la cloison. A ce niveau, en effet, le pus exerce une pression active sur une paroi osseuse déhiscente, membraneuse dans presque toute son étendue et à laquelle Zuckerkandl a donné le nom pittoresque de « fontanelle nasale ». Vient ensuite une très intéressante discussion sur les rapports de l'ozène avec l'empyème du sinus maxillaire, et sur la voie habituelle par laquelle s'infecte le sinus. Zuckerkandl croit que la

carie dentaire est la cause la plus fréquente de l'empyème; or, en parcourant la littérature spéciale, on ne trouve environ qu'un quart de cas de sinusites maxillaires bien étudiées où l'origine nasale soit démontrée. Néanmoins, il admet que la rhinite purulente peut parfaitement être la cause première de la supuration sinusale, sans qu'il soit obligé de faire nécessairement intervenir pour l'expliquer, une lésion dentaire. Mais comment interpréterait-on les sinusites sphénoïdales purulentes consécutives au coryza chronique? Jadis Zuckerkandl avait dit que les inflammations du sinus maxillaire procédaient le plus souvent de lésions nasales; aujourd'hui il ajoute un correctif à sa première manière de voir: celle-ci en effet concernait, non l'empyème qui trois fois sur quatre reconnaît une origine dentaire, mais les sinusites maxillaires en général, qui dans 70 0/0 de cas, revêtent la forme simple dite sécrétoire, il est vrai que cette dernière échappe le plus souvent au diagnostic du médecin.

La muqueuse du sinus maxillaire peut présenter les mêmes néoplasies que celle des fosses nasales: hypertrophie diffuse ou localisée, polypes, etc. L'étude des polypes muqueux de l'antre présente un haut intérêt doctrinal, car elle montre quel étroit rapport unit la texture de ces tumeurs à la structure du tissu dont elles naissent. On sait que sur la muqueuse du sinus maxillaire les glandes ne sont pas disposées avec leur régularité habituelle: à côté d'espaces riches en glandes se trouvent des zones qui ne les contiennent pas. Qu'un polype naisse sur celles-ci, il s'empare uniquement du tissu cellulaire; qu'il provienne de régions glandulaires il reste riche en glandes et pourra même subir la transformation kystique. Inutile d'ajouter que, dans l'esprit, de Zuckerkandl ces polypes proviennent toujours d'une inflammation présente ou passée de la muqueuse sinusale.

L'étude de l'empyème des cellules ethmoïdales est écourtée: au reste Zuckerkandl croit cette affection des plus rares, n'en ayant jamais observé qu'un cas.

La moitié de ce remarquable ouvrage est occupée par un atlas de cent cinquante figures dessinées d'après les préparations anatomiques et histologiques de l'auteur. Planches et texte se côtoient de très près et constituent, en somme un catalogue raisonné du riche musée rhinologique établi par Zuckerkandl à l'Institut anatomique de Vienne.

M. L.

De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire,
par le D^r F. CHABORY, du Mont-Dore. (G. Steinheil, éditeur.
Paris, 1892.)

Les affections nasales ont une influence sur l'appareil respiratoire par action réflexe. Dans certains asthmes, l'agent provocateur n'est autre que la pituitaire enflammée ou une obstruction des narines. C'est dans cette région que chez certains asthmatiques on doit chercher le point de départ des spasmes des muscles respirateurs et de la paralysie des vaso-moteurs de la muqueuse bronchique. Ce sont de préférence les neurasthéniques, les hystériques, les nerveux héréditaires, qui sont le meilleur terrain d'évolution pour ces accidents.

Dans certains cas de toux, d'éternuement, de laryngite striduleuse, de spasme glottique, il faudra rechercher si l'appareil nasal n'est pas en cause. Mais souvent on sera seulement en présence des manifestations d'une diathèse, qui évoluent simultanément.

D'autres fois, ce sera à l'extension du processus pathologique dont la muqueuse nasale est le premier siège, que l'on pourra rapporter certaines laryngites et bronchites.

L'obstruction nasale en laissant arriver dans le larynx et les bronches un air moins humide, moins chaud, moins tamisé, vicié par les micro-organismes de la fermentation buccale, peut être la cause d'accidents inflammatoires du larynx et des bronches.

Dans l'ozène nasal, la chute des croûtes sur la muqueuse du larynx pourra amener de l'ozène trachéal.

Enfin le larynx et le poumon pourront être les étapes ultérieures d'une tuberculose descendante, d'origine nasale.

La sténose des narines en troublant l'aération des poumons, en gênant l'hématose, peut également aider l'évolution du tubercule pulmonaire.

On a vu des cas de sclérome se propageant du nez au larynx, puis gagnant la trachée.

Dans la respiration physiologique, la colonne d'air traverse le canal nasal tapissé de vibrisses qui arrêtent les poussières les plus volumineuses; elle se filtre à travers les cavités, sur la muqueuse desquelles se déposent les particules les plus ténues; mais que la voie nasale soit rétrécie, supprimée (polypes, hypertrophie des cornets, etc.), alors les poussières contenues

dans l'air seront projetées brusquement (respiration buccale) dans le larynx, et aspirées en plus grande abondance, n'arriveront plus à être rejetées par les bronches, et finiront par s'accumuler dans les dernières ramifications bronchiques, dans les parois alvéolaires, produisant les pneumokonioses. Enfin des déformations thoraciques et de l'emphysème pulmonaire pourront être, dans quelques cas, les accidents éloignés des affections nasales.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 janvier 1893.

Compte rendu par P. GASTOU.

Sensations de corps étrangers du larynx et du pharynx supprimées par la cocaïne, par M. A. MARTIN.

Il arrive souvent que des malades viennent consulter pour un corps étranger qu'ils croient fixé dans le larynx. On cherche, et malgré la cocaïne on ne peut rien trouver, mais dès que l'insensibilité est obtenue, le malade ne sent plus rien et croit le corps étranger extrait. L'auteur a vu deux fois se produire ces phénomènes chez des malades dont l'une prétendait avoir une arête, l'autre un noyau de cerise dans le pharynx.

Discussion :

M. RUAULT. — Les malades ont probablement une sensation persistante causée par le corps étranger. Celui-ci parti, la sensation reste. La cocaïne, en insensibilisant, la fait disparaître.

M. MARTIN. — J'insiste sur ce fait que le corps étranger a, depuis longtemps déjà, disparu.

M. HERMET. — Il peut avoir causé une éraillure de la muqueuse qui explique la persistance de la douleur.

M. GELLÉ. — Il peut se produire un phénomène d'insensibili-

sation analogue par la cocaïne sans que le corps étranger soit parti. J'ai observé un cas de corps étranger de l'amygdale, la cocaïne fit disparaître la douleur, malgré la persistance du corps étranger que j'enlevai dans la suite.

M. MARTIN. — Dans les deux cas que j'ai vus, il n'y avait pas de corps étranger.

M. RUULT. — Est du même avis que M. Gellé et a vu la cocaïnisation faire disparaître la sensation alors que le corps étranger était resté en place.

M. LÆWENBERG. — Souvent il existe chez le malade une véritable auto-suggestion. Je l'ai éprouvé sur moi-même. Un brin d'herbe se logea dans mon larynx. On m'examina, il n'y avait plus rien. Je souffrai cependant. Mais un nouvel examen, confirmant le premier, montra cependant une légère exulcération. Je fus, du reste, guéri par un simple badigeonnage de cocaïne.

1° *Otorrhée bilieuse.*—2° *Zona ophthalmo-tympanique,*
par M. BONNIER.

1° Dans le cours d'un ictere grave chez un malade atteint de cirrhose mixte survint une otite avec pus jaune verdâtre au début. Au moment de l'agonie, le pus redevint jaune.

Discussion :

M. LÆWENBERG. — L'examen chimique a-t-il été fait ?

M. BONNIER. — Non.

2° Chez un tuberculeux syphilitique observé chez le professeur Dieulafoy survint de l'herpès ophtalmique et auriculaire. Des vésicules existaient sur les nerfs temporal et frontal gauches. Les paupières étaient gonflées et rouges. Il existait sur la partie antérieure du tympan six petites vésicules. La guérison fut assez rapide.

M. LÆWENBERG. — On a mentionné ce genre de zona.

M. BONNIER. — Mais jamais leur association.

Mycose amygdalienne (Pharyngo-mycose leptothryxique),
par M. RUULT.

L'auteur signale le cas d'une angine à exsudat blanc constitué par débris épithéliaux dans lesquels se trouvaient quelques cocci et surtout des masses de leptothryx qui envahissaient

les cryptes amygdaliennes et la région papillaire sans pénétrer le corps muqueux.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Corps étranger singulier dans l'oreille, par KÖHLER, R. de Berlin
(*Charité-Aunalen*, XV^e année. Berlin, 1890, p. 518-521).

Chez un menuisier âgé de 23 ans, qui souffrait depuis longtemps de fistules dentaires et de suppuration de l'oreille gauche, l'auteur a extrait de l'oreille un fragment d'os de 1^{cm},25 de long, 2 centimètres de large et 0^{cm},5 d'épaisseur, qui fut reconnu comme étant le processus condyloïde de la mâchoire inférieure du côté gauche séquestré. Il avait pénétré dans l'oreille à travers la paroi antérieure du méat. Après l'avoir enlevé, on trouve des granulations à 2 centimètres de l'orifice du méat, correspondant au lieu de pénétration.

Le détachement du processus condyloïde de sa base eut lieu à la suite d'une inflammation (ostéomyélite) du maxillaire inférieur, qui débuta dans la région des molaires antérieures et s'étendit en haut à la branche ascendante du maxillaire inférieur. Par suite de la pression du contenu purulent de l'articulation, le processus condyloïde enflammé lui-même reçut de moins en moins l'afflux de matériaux nutritifs et, finalement, s'était détaché. Ou bien la partie articulaire ramollie par l'inflammation s'était brisée par suite de la pression exercée sur la base du crâne pendant la mastication et s'était ensuite séquestrée.

La suppuration de l'oreille cessa bientôt après l'extraction du séquestre, et l'état normal se rétablit. La membrane du tympan était intacte et la portée de l'ouïe était normale. D^r A. JOLY.

Avantages et inconvénients du traitement de l'oreille par la cocaïne, par BAUMGARTEN, EGMONT (*Monatschr. f. Ohr.*, 1890, n^o 2).

L'auteur a essayé l'action de la cocaïne sur les bruits de l'oreille, signalés par Kiesselbach (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXIX, p. 323). Il croit qu'elle n'est pas indépendante de la cause des bourdonnements, car dans des cas tout à fait analogues tantôt on obtient

une amélioration, tantôt l'état n'est pas modifié. Dans les selé-roses de la caisse et la surdité due à la quinine, les bourdonnements ne sont pas supprimés; on obtient, au contraire, un soulagement dans certains cas d'affection du labyrinthe.

L'auteur employait une solution à 5 0/0. Il est d'avis que quand quelques injections sont inefficaces, les injections ultérieures restent aussi sans effet. Les bruits hystériques ou nerveux disparaissent par ce traitement.

L'auteur a observé une action remarquable de la cocaïne en humectant avec la solution un tampon de coton employé comme membrane tympanique artificielle. Elle produisait une amélioration de l'ouïe que l'on n'obtient avec aucun autre liquide employé de la même façon. Même quand la suppuration n'était pas encore arrêtée, la membrane tympanique artificielle trempée dans la solution de cocaïne pouvait être laissée en place sans inconvénient.

Enfin l'auteur appelle l'attention sur les intoxications qui peuvent être produites par la cocaïne dans les cas aigus. Dans un cas de perforation sèche, deux à trois gouttes d'une solution à 5 0/0 donnèrent lieu à du vertige, à une marche chancelante, à de la céphalalgie, à des vomissements, etc. Cependant le patient fut bientôt remis.

D^r A. JOLY.

De l'influence d'actions sonores faibles sur la perception des sons, par VICTOR URBANTSCHITSCH, de Vienne (*Archiv f. Ohrenheilk.*, vol. XXXIII, 3^e et 4^e fasc.).

L'influence des sons de faible intensité sur la portée de l'ouïe est surtout frappante dans la meilleure audition au milieu du bruit, phénomène connu depuis longtemps sous le nom de paracousie de Willis. Cependant les auteurs sont loin d'être d'accord sur sa cause. La plupart attribuent la paracousie de Willis à une amélioration des conditions vibratoires de l'appareil de transmission à la suite d'une action sonore renforcée; quelques-uns à un accroissement de la sensibilité de l'appareil percepteur. L'opinion de Le Roux, d'après laquelle il s'agirait d'un phénomène de consonnance, n'est pas d'accord avec les faits. Restent donc les deux premières hypothèses.

Pour éclairer la question, Urbantschitsch a entrepris une série d'expériences qui font l'objet de ce travail. Comme source de bruit, il s'est servi d'un appareil d'induction, dont il tournait la vis du marteau de Neef pour renforcer ou affaiblir le bruit.

Comme moyen d'épreuve de l'ouïe, l'auteur a employé surtout le langage, la montre et le diapason, dans quelques cas aussi son acoumètre électrique. Dans ce qui suit, il désigne sous le nom d'ondes sonores rythmiques celles du langage et du diapason, sous le nom d'ondes sonores non rythmiques celles de l'appareil d'induction et de la montre.

Nous laissons de côté la partie historique que l'auteur traite en détail.

L'auteur a commencé ses expériences sur des personnes à l'ouïe normale, pour voir comment l'oreille saine se comporte sous l'influence d'un bruit plus ou moins fort. Il déterminait d'abord la portée de l'ouïe, puis recommençait l'épreuve sous l'action du bruit. Il introduisait ensuite du coton dans les deux oreilles pour diminuer autant que possible la transmission du son, puis reprenait les épreuves comme la première fois, d'abord en l'absence du bruit, ensuite sous l'influence du bruit.

Ces expériences montrent, en premier lieu, qu'une oreille normale, à mesure qu'augmente l'intensité du bruit, perd la faculté de distinguer un son déterminé; c'est là un fait constaté par l'observation journalière. Quand l'action du bruit diminue, la faculté de perception pour un son donné non seulement peut être conservée intacte, mais à un certain degré d'affaiblissement du bruit elle augmente.

Un même bruit influe d'une manière différente sur l'ouïe de divers individus et même sur celle des deux oreilles d'un même individu. Il a, en outre, une influence très différente sur la faculté de perception des ondes sonores rythmiques et celle des ondes non rythmiques; la perception de la montre ou d'autres bruits est plus diminuée que celle du langage et des notes musicales.

L'influence d'un bruit sur la fonction auditive est beaucoup plus accusée dans les diverses maladies d'oreille que lorsque l'ouïe est normale. Un son donné n'est parfois perçu que s'il est accompagné d'un bruit, et, chose curieuse, le bruit améliorant l'ouïe peut n'être pas perçu lui-même. Deux bruits non perçus séparément peuvent l'être l'un et l'autre simultanément.

L'influence exercée par le bruit sur la perception sonore varie beaucoup avec les divers états pathologiques de l'oreille. Dans les inflammations catarrhales et phlegmoneuses de la caisse du tympan, dans les cas de perte de substance plus ou moins grande de la membrane tympanique, etc., une sensation sonore déterminée est tantôt augmentée et tantôt diminuée par l'adjonction

de divers bruits. L'augmentation et la diminution se produisent souvent pour les ondes sonores rythmiques et non rythmiques, parfois pour les unes seulement. La perception des deux genres d'ondes peut aussi être modifiée en sens inverse. Enfin, chez quelques personnes, le bruit n'a pas d'influence sur la perception.

Dans les cas d'affection du nerf acoustique, on admet généralement qu'il n'y a pas amélioration de l'audition au milieu du bruit. Cependant l'auteur a observé aussi dans ces cas un accroissement de la portée de l'ouïe. Mais ici l'amélioration n'a lieu parfois qu'au début, au bout de quelques minutes elle a disparu et peut faire place à une aggravation de la surdité.

Pour l'explication de ces modifications de la perception sonore sous l'influence du bruit, l'auteur attache une importance décisive à ce fait d'observation, qu'elles ne se produisent pas toujours immédiatement, mais parfois seulement au bout d'un certain temps ou quand le bruit a cessé.

De même que les bruits, les diverses notes musicales peuvent modifier la faculté de perception des sons. Les notes élevées ont ordinairement une influence plus accusée que les notes basses. Il arrive qu'une note spéciale a plus d'action que les notes voisines, aussi bien supérieures qu'inférieures.

L'auteur a vu l'amélioration de l'ouïe persister très longtemps dans quelques cas de catarrhes chroniques avancés de l'oreille moyenne. L'ouïe d'un médecin très sourd était améliorée pendant vingt-quatre heures par un long voyage en chemin de fer.

En pareils cas, l'amélioration de l'ouïe ne peut être due qu'à une plus grande excitabilité du nerf acoustique et non à une amélioration de la transmission du son. D'une manière générale, l'auteur est d'avis que la modification de perception résultant d'une action sonore sont dues à un accroissement de la sensibilité du nerf acoustique et que les modifications de la transmission n'interviennent guère.

L'auteur résume de la manière suivante les principaux résultats de ses expériences :

Une oreille normale, qui entend plus mal dans le bruit, peut, si le bruit diminue, par exemple par la fermeture des oreilles, non seulement conserver sa faculté de perception pour une source sonore donnée, mais montrer même un accroissement de la perception. Un seul et même bruit agit d'une manière très différente sur les individus ayant l'ouïe normale et même sur les deux oreilles du même individu.

L'influence n'est pas toujours la même pour les ondes sonores rythmiques et non rythmiques; ainsi la perception peut diminuer pour la montre et augmenter pour le langage.

L'influence d'un bruit sur la fonction auditive est beaucoup plus accusée chez les personnes dures d'oreille; quelques-unes ne perçoivent certains sons, par exemple le tic-tac d'une montre, que pendant le bruit; cela peut même arriver quand le bruit n'est pas perçu, mais se trouve à la limite de la perception.

Dans le bruit, les personnes dures d'oreille perçoivent souvent mieux aussi bien les ondes rythmiques que les ondes non rythmiques, parfois seulement les ondes rythmiques; les deux oreilles peuvent se comporter différemment et même d'une manière inverse. D'autres fois un bruit faible n'a aucune influence sur l'audition.

Les personnes atteintes d'une affection du nerf acoustique peuvent aussi présenter une amélioration de l'ouïe dans le bruit; mais cette amélioration n'a lieu assez souvent qu'au début de l'action du bruit, tandis que plus tard, parfois très rapidement, il y a diminution de la perception par suite d'une fatigue de l'ouïe. Un phénomène analogue s'observe, du reste, aussi dans les affections de l'oreille moyenne et correspond à l'asthénopie nerveuse de l'œil.

Un fait décisif pour apprécier la nature de la meilleure audition dans le bruit, c'est que le bruit ne produit pas toujours une modification immédiate de la perception et qu'il peut augmenter la perception même chez les personnes ayant l'ouïe normale.

L'excitation acoustique ne disparaît parfois que lentement, elle peut augmenter après l'interruption du bruit. D'autres fois, elle ne commence que quand le bruit a cessé ou est précédé d'une diminution de l'ouïe.

Enfin il y a des cas où l'action du bruit produit une aggravation de la surdité qui ne disparaît que lentement et qui permet de mieux se rendre compte de la rapidité de l'augmentation de la perception.

Les expériences faites avec des diapasons de diverses hauteurs montrent que les notes élevées produisent d'ordinaire une plus forte excitation acoustique que les notes basses; il y a pourtant des cas où une note donnée influe d'une manière spéciale sur la perception sonore.

Dans quelques cas, les bruits et les ébranlements du corps déterminent une amélioration de l'ouïe pouvant persister même pendant des heures.

La surcharge des osselets et des fenêtres labyrinthiques, supprimant ou du moins diminuant beaucoup leur faculté vibratoire, n'exclut nullement une meilleure audition dans le bruit.

Tous ces résultats tendent à montrer que la meilleure audition dans le bruit tient à une excitation de la perception, et que la participation de l'appareil de transmission au phénomène est très problématique.

Suivent les détails des expériences.

D^r A. JOLY.

Histoire du développement des canaux semi-circulaires membraneux, par KRAUSS, RUDOLF, de Berlin (*Archiv f. Mikrosk. Anatomie*, vol. XXXV, Heft 3, p. 287-304).

L'auteur a fait ses recherches sur une série d'embryons de lapins et de pores, et il est arrivé aux résultats suivants :

Les canaux semi-circulaires membraneux résultent de la bulle labyrinthique primitive ; les parois de celle-ci s'excavent en forme de poche, l'épithélium se réunit au centre, se liquéfie et est résorbé. Les deux canaux semi-circulaires verticaux résultent d'une poche commune ; les épithélias se groupent en deux points et sont résorbés, tandis que la partie située entre eux reste ouverte et forme la branche commune des deux canaux semi-circulaires verticaux.

Le conduit semi-circulaire horizontal résulte d'une poche à part qui se retrousse vis-à-vis de l'embouchure du conduit endolymphatique sur la paroi labyrinthique.

Le conduit semi-circulaire vertical supérieur se forme le premier, puis le canal vertical inférieur et enfin le canal horizontal qui se détache le dernier.

Les ampoules se forment en même temps que les canaux semi-circulaires.

D^r A. JOLY.

Du temps de réaction et de la durée de perception des sons, par MARTIUS, GÖRZ, de Bonn (*Philosophische Studien*, vol. VI, Heft 3, p. 394-416).

L'auteur rappelle d'abord brièvement l'état de la question, en se reportant aux vues exprimées par Mach, Dennert, Exner, Kries, Auerbach, Pfandler et Kohlrausch, et il arrive aux conclusions suivantes à la suite de ses récentes recherches :

Les temps de réaction sous l'influence des sons diminuent constamment avec leur hauteur, dans les limites où s'étendent les recherches faites jusqu'ici.

L'opinion basée sur les travaux d'Exner, Kries et Auerbach qu'il faut environ dix vibrations pour la production d'une perception sonore, quelle que soit la hauteur du son, est insoutenable.

La durée de perception des sons est fonction du nombre de vibrations pour une grande partie de l'échelle musicale (ut_1 à ut_4). Il reste à décider si cela tient à ce qu'il faut au moins trois vibrations pour atteindre l'organe de perception, ou à la vitesse différente de la transmission de l'excitation pouvant dépendre de la vitesse de l'impulsion.

D^r A. JOLY.

Contribution à la chirurgie du cerveau, par HOFFMANN EGON, de Greifswald (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n° 48).

L'auteur rapporte le cas d'un cordonnier de 20 ans, chez qui, à la suite d'une suppuration de l'oreille moyenne due à l'influenza, il se forma un abcès du cerveau qui fut guéri par une opération chirurgicale. L'abcès n'avait pas été diagnostiqué avant l'opération, car toute la maladie avait évolué sans fièvre, et il n'y avait pas non plus de symptômes locaux; seule, la céphalalgie aurait pu faire admettre une pression intra-cranienne. Le diagnostic d'un empyème de l'apophyse mastoïde étant porté, ainsi que d'une pachyméningite purulente, l'auteur procéda à l'ouverture de la cavité mastoïdienne, et comme il y avait aussi pachyméningite purulente externe, il enleva sur toute son étendue l'os recouvrant la dure-mère enflammée; il reconnut alors que la suppuration s'était transmise de l'apophyse mastoïde à la substance cérébrale par l'intermédiaire d'une pachyméningite purulente.

L'auteur appuie l'utilité de cette intervention chirurgicale énergique par un deuxième cas de pachyméningite purulente.

En terminant, il donne en détail un cas de lésion de l'écorce cérébrale à terminaison pâle, comme contre-partie des cas précédents.

D^r A. JOLY.

Aphasie par abcès du cerveau, trépanation, guérison, par SÄNGER et SICK (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n° 10).

Ce cas, qui présente de l'intérêt, concerne un négociant de 52 ans, ayant une otorrhée de l'oreille gauche datant de plusieurs années. Deux semaines avant son entrée, il survint des douleurs dues à une tuméfaction et rougeur du pourtour de l'oreille

gauche; il y avait en même temps aphasie sensorielle, et, d'après Wernicke, le siège de cette anomalie fonctionnelle fut regardé comme étant le tiers postérieur de la première circonvolution temporale gauche. L'accroissement de la pression cérébrale, les douleurs localisées à gauche, n'augmentant pas par la percussion sur l'apophyse mastoïde ou son pourtour, la constipation, les vomissements et une infiltration commençante du nerf optique des deux côtés, ainsi qu'une parésie du facial droit et une diminution de la pression cérébrale, purent être constatés.

Après avoir porté le diagnostic d'un abcès du cerveau dans le lobe temporal gauche à la suite d'une carie du rocher, on procéda à la trépanation au-dessus du pavillon, sur la première circonvolution temporale. La base de l'apophyse mastoïde fut percée avec le ciseau par suite de l'infiltration purulente; après enlèvement avec la curette de masses purulentes épaissies, on fit une incision sur la partie mise à nu de la dure-mère, correspondant à la première circonvolution temporale, il s'écoula du pus épais de son tiers postérieur.

Après quatre semaines de traitement, il y eut guérison, à l'exception de l'ouïe, qui resta défectueuse à gauche, même pour la transmission osseuse.

Dr A. JOLY.

Contribution à l'histologie des polypes de l'oreille, par le Dr J. NIEMACK, de Göttingen (*Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXXIV, 1 et 2).

L'auteur commence par faire l'historique du sujet et fait remarquer ensuite qu'il reste quelques points sur lesquels l'accord n'est pas encore fait. C'est ce qui l'a conduit à entreprendre l'examen histologique d'un grand nombre de polypes et à publier les résultats obtenus, pour fournir de nouveaux matériaux à l'étude de la question.

Les cinquante-cinq polypes examinés font partie des tumeurs extirpées de l'oreille par le Prof. Bürkner au cours des dix dernières années. Tous provenaient de l'oreille moyenne. Ils ont été durcis en partie dans le liquide de Müller, en partie dans une solution alcoolique de sublimé, quelques-uns dans le liquide de Wickersheimer, puis conservés dans l'alcool. Niemack les a incorporés dans la paraffine, a pratiqué des coupes avec le microtome, les a colorées en général avec le bleu de méthylène ou le picrocarmin et montées dans le baume de Canada. D'autres colorations ont aussi été employées. L'auteur avait

des renseignements cliniques sur un grand nombre de ces polypes.

Au point de vue de la texture, Niemaek distingue :

1° Les fibro-épithéliomes, tumeurs ne renfermant, à côté d'un développement puissant du réseau de Malpighi, avec cellules épineuses et cellules dentelées, qu'une quantité relativement faible de tissu conjonctif vasculaire;

2° Les angiomes;

3° Les myxomes;

4° Les tumeurs de tissu conjonctif, depuis les tumeurs granuleuses jusqu'au fibrome dur, fibreux;

5° Les adénomes, ou du moins des tumeurs que l'auteur croit devoir appeler ainsi.

Niemaek décrit successivement les cinquante-cinq polypes. Pour cette description, nous ne pouvons que renvoyer au texte original, nous bornant à résumer les conclusions de l'auteur.

En ce qui concerne d'abord l'épithélium, beaucoup d'auteurs admettent, semble-t-il, comme assez fréquente une métaplasie des germes d'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux. Niemaek n'a rien trouvé qui puisse venir à l'appui de cette manière de voir. Il doute, en conséquence, qu'une véritable métaplasie de l'épithélium soit une éventualité fréquente pour ces tumeurs.

L'épithélium des polypes était 13 fois un épithélium pavimenteux, 20 fois un épithélium cylindrique, 9 fois un épithélium mixte, épithélium cylindrique et épithélium pavimenteux; dans 10 cas on n'a pas trouvé d'épithélium.

Relativement à la texture, il y avait 5 fibro-épithéliomes, 10 polypes granuleux, 16 angio-fibromes, 3 angiomes, 8 polypes muqueux, 6 fibromes, 6 myxomes et 2 adénomes.

Les vaisseaux sans musculature lisse étaient purement capillaires.

Il y avait souvent un pigment sanguin, presque toujours de l'hémosidérine, très rarement des cristaux d'hématôidine.

D^r A. JOLY.

Extraction, à l'aide du ciseau, d'une balle de revolver du rocher, avec conservation de l'ouïe, par OSCAR WOLF (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, vol. XXII, fasc. 1 et 2, p. 1).

La patiente, âgée de 17 ans, avait été gravement blessée d'un coup de revolver tiré de tout près sur l'oreille droite. Pas de

perte de connaissance, hémorragie peu abondante. Le huitième jour, parésie faciale d'un degré modéré et légère suppuration d'oreille. L'examen, fait quatorze jours après la blessure, montra que la balle avait pénétré juste en avant du tragus, avait traversé obliquement le conduit auditif externe, percé sa paroi postérieure au voisinage de la membrane du tympan, et s'était logée au fond du rocher. Avec le réflecteur, on n'apercevait que le conduit auditif tuméfié et déchiré, la membrane du tympan ne se voyait pas nettement, et l'on ne put pas non plus découvrir la balle avec la sonde en porcelaine de Nélaton. La parésie faciale persistait, il n'y avait pas de symptômes cérébraux. Montre à 2 centimètres; langage murmuré au voisinage de l'oreille. Comme siège de la balle, on pouvait exclure la caisse du tympan à cause de l'absence de troubles graves de l'audition, de forts bruits subjectifs et d'accès de vertige; elle devait se trouver très probablement au voisinage du canal de Fallope, par conséquent dans la région très dangereuse située entre la carotide, le sinus et la fosse moyenne du crâne.

L'auteur se décida à l'extraction chirurgicale de la balle pour prévenir une lésion de la carotide ou une méningite purulente.

Le pavillon fut décollé en arrière, retourné en avant, le périoste du méat osseux fut détaché, et la paroi postérieure osseuse du méat, très dure, fut ouverte avec le ciseau, en suivant la direction probable du projectile. Au bout d'une heure et demie, l'opération fut interrompue, car après avoir pénétré à 1 centimètre et demi de profondeur, la sonde de porcelaine ne ramenait aucune trace de plomb, et l'hémorragie empêchait de voir le champ d'opération. Celle-ci fut reprise quarante-huit heures plus tard. Le canal était sec cette fois, et l'on put voir nettement au fond, à l'aide du réflecteur, un petit point présentant l'éclat métallique; la sonde montrait également la coloration du plomb.

L'enlèvement de la balle fut très difficile; sa forme était complètement altérée, et la masse de plomb s'était moulée, pour ainsi dire, dans les diverses cellules osseuses. On parvint enfin à la détacher à l'aide d'une petite pince coudée fabriquée exprès et à l'extraire avec une pince à pansement après l'avoir presque complètement dégagée avec le ciseau. Le projectile était venu directement en contact avec le sinus, dont la paroi bleue se voyait distinctement au fond.

La marche ultérieure fut favorable. A part quelques légers mouvements fébriles les jours suivants, dus à la formation

d'abcès dans le pavillon, il n'y eut pas de symptômes menaçants; il survint, il est vrai, plus tard, une rétraction atrophique de la partie supérieure du pavillon, mais la membrane du tympan reprit l'aspect normal, et l'audition se rétablit complètement. La paralysie faciale disparut peu à peu sous l'influence d'un traitement faradique appliqué trois semaines après. Elle était due évidemment à la pression exercée sur le nerf par la balle et à la névrite qui en était résultée. Pas une seule des parties de l'oreille moyenne importantes pour l'ouïe ne fut blessée, ni par la balle, ni par l'opération.

D^r A. JOLY.

Gas de surdi-mutité avec atrophie du nerf acoustique et anomalies de formation dans le labyrinthe membraneux des deux côtés, par SCHEIBE (*Zeitschr. f. Ohrenheilkunde*, 1 et 2, p. 11).

Homme de 47 ans, mort de phthisie pulmonaire. A l'autopsie, on trouve dans le cerveau une dégénérescence kystique de la circonvolution la plus interne à la base des deux lobes frontaux, de même à la base de la troisième circonvolution frontale gauche, là où elle avoisine le sommet du lobe temporal. Sur le côté convexe du lobe temporal droit, à environ 4 centimètres au-dessus et en arrière du sommet, il y a dans le cerveau une dépression de quelques millimètres de profondeur, sur une étendue de la dimension d'un thaler, commençant à 1 et demi centimètre en dehors de la grande faux du cerveau. Ici il y a un peu de sérum clair entre les méninges et le cerveau: la paroi est lisse et pigmentée, les circonvolutions situées en dessous sont atrophiques. Les stries acoustiques dans le sinus rhomboïdal sont constituées à gauche par 4 fibres fines, à droite seulement par 2. Le tronc du nerf acoustique et le facial montrent des deux côtés un aspect normal.

L'examen microscopique des rochers conservés pendant 7 ans montre l'oreille moyenne sans altérations notables; la chaîne des osselets en particulier a la mobilité normale. Atrophie des nerfs du limaçon, du saccule et de l'ampoule postérieure, ainsi que des branches qui, avant leur entrée dans le rocher, forment le rameau postérieur, tandis que les nerfs de l'utricule et des deux autres ampoules, qui forment le rameau antérieur, ne présentent aucune atrophie appréciable. Dans le canal de Rosenthal, on observe dans toutes les spires une atrophie quantitative uniforme du ganglion spiral, les cellules ganglionnaires restantes

ayant une texture normale ; en outre on voyait des lacunes résultant surtout de la disparition des nerfs.

Dans le canal cochléaire, la membrane de Reissner, la membrane de Corti et la strie vasculaire présentent des anomalies très remarquables. La première était fixée sur la lame spirale osseuse et aussi sur la paroi du limaçon presque partout à gauche, à l'entrée du limaçon à droite ; plus loin à droite, elle se détachait de sa base, mais s'insérait d'une manière complètement anormale sur la paroi externe du limaçon. La membrane de Corti ne présentait par places qu'un développement tout à fait rudimentaire, était enroulée et ne s'insérait nulle part, et se trouvait prise entre les couches cellulaires multiples du sillon spirale. De là partait un pont dirigé en ligne droite vers la strie vasculaire. Celle-ci n'était nulle part normale dans le limaçon ; elle faisait en partie défaut et se trouvait remplacée par une seule rangée d'un épithélium aplati ; ailleurs elle montrait une épaisseur anormale ou bien portait une proéminence à large base.

L'organe de Corti était bien conservé, mais plus bas que normalement. Dans le vestibule et les canaux semi-circulaires, les altérations étaient très légères, la membrane otoconiale du saccule normalement dépourvue de cellules était entourée d'une enveloppe constituée par une couche de cellules.

L'auteur conclut de cet examen qu'il s'agissait ici d'anomalies de développement, tandis que, contrairement à tous les cas publiés jusqu'ici de surdi-mutité avec atrophie nerveuse dans le limaçon, il n'y avait pas le moindre résidu d'une inflammation. La surdi-mutité était due essentiellement à l'atrophie des nerfs. On ne put constater une connexion entre cette atrophie et les altérations du cerveau.

D^r. A. JOLY.

Cas de périchondrite idiopathique du pavillon gauche, par FERRER (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 1 et 2, p. 30).

La patiente, âgée de 10 ans, à la suite de douleurs ayant duré plusieurs jours, avait présenté sur la paroi antérieure du conduit auditif externe, correspondant à la base du tragus, une tumeur rouge, très sensible à la pression, qui avait été prise pour un furoncle et par suite incisée. Cependant les douleurs persistèrent, la tumeur s'étendit à toute la périphérie du méat et de là au pavillon, de telle sorte que finalement celui-ci fut complètement déformé, ne laissant plus reconnaître aucune de ses parties,

se détachant de la tête presque à angle droit et ayant l'aspect d'une boule de chair crue. Il avait une épaisseur de 3 à 3 1/2 centimètres, était d'un rouge livide, très sensible, dur et chaud au toucher. La peau du lobule, bien qu'enflammée, n'était pas fortement atteinte. Dès qu'il y eut de la fluctuation, un chirurgien fit une profonde incision sur la face postérieure du pavillon; il sortit une pleine cuillère à thé de pus mêlé d'un liquide séreux. On plaça deux petits drains en caouthouc et l'on fit deux fois par jour des injections dans la cavité avec de l'eau phéniquée. Au bout de quelques jours celle-ci ressortit aussi par la plaie de la paroi antérieure du méat. On appliqua en outre d'une manière permanente des compresses sur l'oreille. La tuméfaction ne commença à diminuer qu'environ 6 semaines après la dernière incision, l'écoulement diminua peu à peu, mais le pavillon subit une rétraction considérable. Le conduit auditif prit aussi une forme irrégulière, mais conserva son calibre normal. Membrane du tympan et audition normales. L'auteur se demande s'il n'y a pas eu infection par la première incision.

D^r A. JOLY.

Pression labyrinthique et accroissement de cette pression, par le D^r OSTMANN, médecin militaire. (*Arch. f. Ohrenh.* vol. XXXIV, 1^{er} et 2^e liv.)

Steinbrugge a signalé la possibilité qu'un accroissement de la pression intra-crânienne se propage dans l'espace périlymphatique par l'aqueduc du limaçon, tandis que les conditions anatomiques feraient obstacle à la transmission dans l'espace endolymphatique. Précédemment il avait établi les principes suivants au sujet des conditions normales de pression dans le labyrinthe :

1° La périlymphe et l'endolymphe peuvent avoir une pression différente.

2° Si la périlymphe est soumise à une moindre pression que l'endolymphe, la membrane de Reissner se bombe du côté de la rampe vestibulaire, dans le cas contraire, du côté du canal cochléaire.

3° Habituellement l'endolymphe est soumise à une pression plus forte que la périlymphe; par suite la membrane de Reissner est bombée du côté de la rampe vestibulaire.

4° Un accroissement de la pression intra-crânienne peut se transmettre à la périlymphe par le canal périlymphatique, mais

la transmission de la pression à l'endolymphe est étroitement limitée par suite des conditions anatomiques. Il résulte une dépression de la membrane de Reissner vers l'organe de Corti, pouvant amener une lésion mécanique de ce dernier.

Katz et Gomperz se sont rangée à l'avis de Steinbrugge. L'auteur met en doute les conclusions de Steinbrugge et de Gomperz. Elles sont fondées sur l'examen anatomique, et l'on sait qu'il est extrêmement difficile d'obtenir sur le cadavre le canal cochléaire complètement intact. Mais en outre elles sont en contradiction avec l'observation clinique. En effet un accroissement de la pression intra-crânienne n'entraîne pas toujours nécessairement des troubles de l'ouïe bilatéraux, graves et permanents, une surdité nerveuse inguérissable, ce qui devrait être le cas s'il y avait lésion des ramifications terminales du nerf acoustique. Enfin l'idée que Steinbrugge se fait d'un accroissement de la pression intra-crânienne sur le labyrinthe est en désaccord avec des lois importantes de la physique.

On sait que la pression exercée sur une partie de la surface d'un liquide se transmet avec la même force dans toutes les directions. L'endolymphe et le périlymphe suivent exactement la même loi que tous les autres liquides, par conséquent dès qu'une pression est exercée en un point sur l'endolymphe ou la périlymphe, une pression égale se fait sentir sur toutes les parties de la paroi de l'espace endolymphatique ou périlymphatique. Or l'espace périlymphatique n'est pas limité uniquement par la paroi osseuse du labyrinthe, mais aussi par la paroi membraneuse de l'espace endolymphatique. Il s'en suit que la pression périlymphatique se transmet à ce dernier et que la périlymphe et l'endolymphe sont soumises à la même pression.

On ne peut admettre une différence de pression entre la périlymphe et l'endolymphe que si l'excès de pression endolymphatique, regardé comme habituel par Steinbrugge, est compensé par une tension élastique de la paroi du labyrinthe membraneux. Mais cette tension de la paroi labyrinthique membraneuse serait extrêmement défavorable à la propagation des ondes d'une faible force vive de la périlymphe à l'endolymphe, et par suite au mécanisme de l'audition.

Pour le démontrer, l'auteur a fait construire un appareil dont la description nous entraînerait trop loin. Nous nous bornerons à donner les conclusions que l'auteur tire de ses expériences :

1° Si l'endolymphe est soumise à une pression plus forte que la périlymphe, l'excès de pression devrait être supporté par une

tension élastique des parois du labyrinthe membraneux. Celle-ci générerait à un haut degré la transmission des sons à l'organe de Corti.

2° Il est à croire que la périlymphe et l'endolymphe sont soumises à la même pression, laquelle est un peu inférieure à la pression intra-crânienne.

3° Les variations de pression du liquide cérébro-spinal produites par la respiration et le pouls ne se propagent pas au labyrinthe.

4° L'écoulement éventuel de la périlymphe et de l'endolymphe, en cas d'augmentation de la pression labyrinthique par suite de vibrations sonores d'une trop grande amplitude, a lieu simultanément.

5° Les appareils de protection du labyrinthe s'opposent à une dépression de la membrane vestibulaire et à une lésion consécutive de l'organe de Corti par accroissement de la pression intra-crânienne.

6° La perte de la perception des notes élevées, en cas de lésion de l'appareil nerveux terminal du nerf acoustique par des vibrations sonores d'une amplitude exagérée, s'explique par une compression prolongée et renforcée de l'endolymphe sur les tissus situés dans la première spire du limaçon et les fibres nerveuses de l'organe de Corti.

D^r A. JOLY.

Nouvelles recherches sur l'état du labyrinthe dans 6 rochers d'enfants morts de la diphthérie, par Moos (*Zeitschr f. Ohrenh.* Vol. XXII, 1 et 2, p. 72).

Les recherches ont été faites sur les 6 mêmes rochers, qui avaient déjà été utilisés par l'auteur, pour l'étude des altérations de l'oreille moyenne dans la diphthérie. Comme pour les affections de l'oreille moyenne, il a trouvé, comme cause de la maladie du labyrinthe, l'immigration de microscopiques et de streptocoques, ou de streptocoques et de staphylocoques. Ces micro-organismes exercent leur action délétère sur tous les tissus qui forment l'oreille interne. C'est ainsi que les thromboses vasculaires, qui avaient donné lieu à des hémorragies dans presque toutes les parties du rocher étaient dues en partie à une dégénérescence endothéliale de nature mycosique, en partie aussi peut-être à l'action des toxines du bacille diphthérique sur la paroi vasculaire et le contenu des vaisseaux. De même la formation nouvelle de vaisseaux sanguins observée

dans l'espace périlymphatique d'un canal semi-circulaire provenait de l'irritation produite par l'extravasation lente de microbes.

Dans le périoste, d'après les résultats des recherches les plus récentes, il s'agit aussi d'une action directe des micro-organismes; les microbes rongent, détruisent le périoste, et la nécrose osseuse va en se développant à mesure qu'ils avancent. S'il s'y ajoute une thrombose des vaisseaux du périoste, les destructions sont naturellement encore plus considérables. On a observé en outre dans le périoste une métamorphose hyaline et colloïde, la première notamment dans le domaine du conduit auditif interne et dans le canal facial, la seconde dans le revêtement du canal carotidien et de la fosse jugulaire, presque toujours en même temps que des hémorragies diffuses. En quelques points, le périoste peut présenter des lacunes par suite de la destruction. La pénétration des microbes dans les corpuscules osseux peut aussi déterminer une nécrose centrale de l'os; leur pénétration dans les cellules de la moelle osseuse amène la dégénérescence colloïde du contenu de l'espace médullaire ou sa nécrose. Les vaisseaux des canaux de Havers sont tantôt normaux, tantôt thrombosés, ou bien ils contiennent des streptocoques enfermés dans des leucocytes, que l'on rencontre sur la paroi vasculaire externe.

Contrairement aux observations antérieures, il n'y avait pas de signes d'irritation dans le domaine des ligaments du labyrinthe, mais seulement des symptômes de nécrose par coagulation avec disparition finale complète des ligaments et collapsus des canaux semi-circulaires membraneux; ce dernier ne se produisait que lorsque l'espace endolymphatique était rempli par les produits de destruction de sa couche épithéliale et des accumulations évidemment antérieures de cellules lymphatiques. Ces agrégats de cellules lymphatiques dans l'espace périlymphatique et l'espace endolymphatique de l'appareil vestibulaire doivent être regardés comme les résultats mécaniques de l'immigration des micro-organismes. Dans un cas, en dépit d'une durée de 5 jours seulement de la maladie, ils présentaient déjà un commencement d'ossification, ce qui indique que dans la diphthérie l'immigration des microbes dans la circulation générale, en tant qu'il s'agit d'affections accidentelles et non d'affections spécifiques, peut avoir lieu de très bonne heure et même sans nécrose de la muqueuse pharyngienne.

Sur le nerf acoustique et ses ramifications, on pouvait distinguer deux groupes d'altérations, les hémorragies et la dégé-

nérescence parasitaire. Les conséquences pour les rameaux nerveux périphériques et les cellules ganglionnaires sont en pareils cas celles de l'interruption de conductibilité, l'atrophie ou la destruction complète, à laquelle le cylindre-axe résiste le plus longtemps. Naturellement il peut y avoir aussi dégénérescence parasitaire des rameaux périphériques du nerf acoustique, ainsi que dégénérescence parasitaire directe des cellules ganglionnaires.

Comme causes des altérations trouvées dans le canal cochléaire, il y a les hémorragies plus ou moins considérables et la névrose par coagulation, deux processus qui peuvent du reste se combiner l'un avec l'autre. L'origine principale des hémorragies se trouve dans le domaine du ligament spiral, de l'endosteum des deux premières spires du limaçon et dans le périoste de la lame osseuse de la première et de la deuxième spire.

Les mêmes grosses cellules rondes à petit noyau généralement central, rarement excentrique, qui avaient été trouvées dans la niche de la fenêtre ronde, se montraient aussi aux points les plus divers du canal cochléaire. Enfin il y avait des groupes de cristaux de margarine, et cela non seulement là où il s'agissait d'une dégénérescence de tissu adipeux; peut-être provenaient-ils des corps albumineux des éléments histologiques atteints de nécrose par coagulation.

L'auteur insiste encore en terminant sur ce qu'on ne voyait nulle part une tendance à la suppuration, non plus que des signes de néoplasie, en dehors de la formation vasculaire sur un territoire limité, tandis que ces signes étaient nombreux sur les préparations précédemment décrites. Néanmoins l'auteur ne pense pas que dans les deux séries d'observations il se soit agi de microbes différents; il serait plutôt porté à admettre une différence quantitative des germes infectieux ou de leur virulence primitive ou des deux en même temps. D'après les recherches de Buchner, l'intervention d'une inflammation paraît être l'un des moyens de protection les plus actifs contre la prolifération des bactéries; par conséquent son absence ici ne pouvait que favoriser la multiplication des microbes et contribuer ainsi indirectement à la production des destructions considérables de l'organe auditif.

Dr A. JOLY.

Contribution à l'excision du marteau et de l'enclume, par le Dr C. REINHARD, de Duisburg (*Arch. f. Ohr.* Vol. 33, 2^e fasc.)

L'auteur partage les idées de Stacke et accepte toutes ses indications pour l'excision du marteau et de l'enclume. Mais il attache une importance spéciale à la deuxième indication, d'après laquelle l'excision de ces osselets se recommande pour la guérison de la suppuration chronique de l'attique, sans tenir compte de la portée de l'ouïe. La suppuration chronique de l'attique présente les mêmes dangers pour la vie du patient que l'otite moyenne chronique en général : un foyer purulent au voisinage immédiat du cerveau et de ses enveloppes, n'en étant séparé que par une mince lame osseuse, dont l'épaisseur est très variable, et se trouvant dans des conditions défavorables à l'évacuation du pus.

Le symptôme le plus important pour le diagnostic de la suppuration chronique de l'attique est l'aspect de la membrane du tympan. Après avoir chassé l'exsudat, on trouve dans le plus grand nombre des cas une grande perforation de la membrane, pouvant aller jusqu'à la destruction complète. Le manche du marteau est conservé ou réduit à un faible rudiment pénétrant dans la lumière de la caisse et ressemblant à un morceau de fil de fer rouillé, ou bien retiré en dedans et parfois soudé à la paroi labyrinthique, de telle sorte qu'il paraît fortement raccourci en perspective.

Un autre aspect caractéristique pour l'affection de l'attique est la perforation de la membrane flaccide de Shrapnell avec conservation de la membrane du tympan. Celle-ci présente alors presque toujours des altérations souvent considérables, depuis de légers épaissements, opacités et dépôts jusqu'aux calcifications et cicatrices étendues. Dans la membrane de Shrapnell, on aperçoit au voisinage de la courte apophyse une perforation généralement très petite d'où sort du pus ou des granulations sanguinolentes dont la reproduction constante indique d'une manière certaine la présence d'une carie du marteau.

Quand la suppuration s'est arrêtée dans la caisse et ne persiste plus que dans l'attique, la perforation primitive de la membrane du tympan se ferme fréquemment et l'on a devant soi une membrane du tympan de formation nouvelle, qui se distingue de la membrane normale par l'absence du cône lumineux, des anomalies de tension et un éclat spécial. Le manche du marteau fait généralement défaut.

Souvent les perforations de la membrane de Shrapnell sont si rapprochées de l'anneau tympanal que la membrane semble détachée de l'anneau osseux en ce point; ou bien le pus a déjà produit une excavation dans l'os, de telle sorte que la perforation forme avec cette excavation une fistule plus ou moins large, par laquelle la sonde courbe arrive généralement sur l'os dépouillé de la muqueuse.

Tels sont les aspects les plus caractéristiques, ceux que rencontre assez souvent le médecin auriste et dont il est très difficile d'obtenir la guérison définitive.

Ici la douche d'air est sans effet, l'insufflation de poudres contre-indiquée, et le traitement le plus attentif échoue aussi longtemps qu'on n'a pas ouvert une large voie à l'écoulement du pus et enlevé les parties osseuses malades.

On satisfait à la première indication par l'incision de la membrane du tympan et du marteau, et généralement aussi de l'enclume. On ne peut parfois satisfaire qu'incomplètement la seconde indication; car, en dehors des deux osselets enlevés, il peut y avoir d'autres points de l'attique atteints de carie et le traitement chirurgical par le conduit auditif externe rencontre de grandes difficultés. Néanmoins il n'est pas rare aussi dans ces cas d'arriver à arrêter la suppuration par un traitement consécutif convenable, appliqué d'une manière conséquente.

L'auteur a pratiqué l'excision du marteau et de l'enclume ou du marteau seulement dans trente cas de suppuration chronique de l'attique. Dans 7 cas, il fallut ouvrir l'apophyse mastoïde dont l'affection venait au premier plan. Dans les 23 autres cas, il n'y avait aucun symptôme d'une affection de l'apophyse.

Sur ces 23 cas, l'auteur a pratiqué 7 fois l'excision du marteau seul et 16 fois celle du marteau et de l'enclume, et il a obtenu 15 guérisons. La suppuration cessait immédiatement après l'excision ou continuait à un degré moindre, et dans ces derniers cas il est probable que d'autres points de la caisse ou des espaces pneumatiques voisins étaient affectés. Les huit premiers jours après l'opération l'oreille était lavée avec une solution phénique à 2 ou 3 0/0 ou une solution de sublimé à 1/1000, puis séchée et fermée avec de la gaze iodoformique. Les patients gardaient le lit un jour ou deux et pouvaient ensuite se lever. Sur les 30 cas, l'auteur n'a observé ni vertiges, ni paralysies faciales, ni autres accidents à la suite de l'opération.

Dans la plupart des cas la plaie opératoire se cicatrissa au bout

de 8, 14 ou 21 jours, la membrane se régénère de façon à revenir au point où elle était avant l'opération.

Le procédé d'opération employé par l'auteur est celui de Schwartze. D^r A. JOLY.

Extraction du marteau et de l'enclume; diagnostic de la carie de l'enclume, par le D^r GRUNERT, médecin assistant de la clinique universitaire des maladies d'oreilles de Halle. (*Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXXIII, 3^e et 4^e fasc.)

L'excision du marteau introduite par Schwartze dans la thérapeutique des maladies de l'oreille a donné d'excellents résultats pour la guérison d'un grand nombre de suppurations chroniques de l'oreille moyenne, notamment dans les suppurations chroniques avec fistules au-dessus de la courte apophyse dans la membrane de Shrapnell. C'est Schwartze qui a le premier appelé l'attention sur la signification pathogénomique de ces fistules dans les cas de carie des osselets et spécialement de la tête du marteau.

Les indications pour l'extraction de l'enclume se trouvent notées pour la première fois dans le *Traité des maladies chirurgicales de l'oreille* de Schwartze. Pour la guérison des suppurations chroniques, dans les cas de perforations situées dans la partie supérieure de la membrane du tympan, il recommande l'excision de la membrane avec extraction du marteau et éventuellement aussi de l'enclume.

Stacke et Kessel ont également proposé l'excision du résidu de la membrane du tympan avec extraction du marteau et de l'enclume dans le traitement des otorrhées chroniques.

C'est dans la clinique des maladies d'oreille de Halle qu'a été remarquée pour la première fois la coïncidence fréquente de la carie du marteau et de l'enclume, comme cause d'un grand nombre de suppurations chroniques de l'oreille moyenne rebelles à tout traitement palliatif et que l'extraction de l'enclume a été jointe à celle du marteau, non pas, comme le recommande Stacke, pour faire de la place et rendre plus accessible au traitement la carie éventuelle des parois de la caisse, mais parce que, à côté de la carie du marteau, on soupçonnait une carie de l'enclume et que ce soupçon est habituellement confirmé par le résultat de l'opération.

Sexton a publié un grand nombre d'extractions du marteau et de l'enclume effectuées pour guérir des otorrhées chroniques.

Sur 29 cas, il pratiqua 5 fois l'extraction du marteau seul, et 24 fois celle du marteau et de l'enclume, et il obtint 15 guérisons.

Ludewig a appelé l'attention sur la carie isolée de l'enclume comme cause encore peu connue de la suppuration chronique de l'oreille moyenne et il s'est prononcé d'une manière énergique pour l'emploi méthodique de l'extraction du marteau et de l'enclume. Il en a publié 75 cas empruntés à la clinique universitaire des maladies d'oreille de Halle et à la pratique privée de Schwartze depuis le 1^{er} mars 1889 jusqu'au 5 septembre 1890. Le but de ce travail est de compléter cette statistique jusqu'à l'époque actuelle.

Depuis la publication du travail de Ludewig (que nous avons analysé en son temps), un grand nombre d'extractions du marteau et de l'enclume ont été faites à la clinique de Halle. Pour savoir si la seule extraction du marteau et de l'enclume est suffisante ou non pour la guérison de certaines suppurations chroniques de l'oreille, l'auteur exclut 3 groupes de cas :

1^o Ceux où la carie n'était pas limitée aux osselets, où par conséquent la guérison ne pourrait être obtenue par l'extraction du marteau et de l'enclume. Ce groupe comprend 33 cas.

2^o Ceux où l'extraction a échoué, ce qui peut arriver par suite d'une forte hémorragie d'un conduit auditif trop étroit, etc. Ce groupe comprend 15 cas.

3^o Quatre cas de sclérose de l'oreille moyenne où on a essayé d'obtenir une amélioration de l'ouïe par l'extraction du marteau et de l'enclume.

Après ces exclusions, il reste 28 cas de carie isolée des osselets où l'extraction du marteau et de l'enclume fut faite de la manière typique par le conduit auditif.

Pour les détails concernant ces cas nous renvoyons au texte original, nous bornant ici à donner les résultats d'ensemble.

Dans ces 28 cas l'otorrhée datait le plus souvent de l'enfance, fréquemment de la première enfance, comme on le constate habituellement. Dans 3 cas seulement l'otorrhée paraît ne s'être produite qu'après l'époque de la puberté. Comme cause, on a trouvé 12 fois des maladies infectieuses aiguës; dans 16 cas la cause est inconnue. Ces maladies infectieuses aiguës étaient la scarlatine, la diphtérie scarlatineuse, la rougeole et la variole, mais la scarlatine fournissait le plus gros contingent (7 cas sur 12). C'est à peu près le résultat indiqué par Ludewig.

En ce qui concerne le résultat de l'extraction du marteau et

de l'enclume dans 28 cas, on a obtenu 13 guérisons, 13 non guérisons et 2 cas sont encore en traitement.

Au point de vue fonctionnel, on n'a pas observé d'aggravations frappantes de la surdité. Dans 15 cas on a obtenu une forte amélioration de l'ouïe, de 1/2 à 3 mètres; dans ces cas, la carie du marteau et de l'enclume était compliquée d'une ankylose de l'articulation des deux osselets.

L'auteur a réuni dans un tableau les modifications pathologiques observées sur les osselets. Il résulte de ce tableau que :

1° Dans les 28 cas, le marteau fut trouvé sain 13 fois, l'enclume 3 fois seulement, ce qui confirme la fréquence de la carie isolée de l'enclume signalée par Ludewig. Dans deux cas les deux osselets étaient sains; dans 14 cas ils étaient tous deux atteints de carie.

2° Dans tous les cas de carie isolée de l'enclume, l'articulation du marteau et de l'enclume fut trouvée intacte. Il semble donc que, dans la carie des osselets, l'articulation ne soit pas atteinte habituellement d'une manière primitive par la carie.

3° Une place de prédilection tout à fait particulière de la carie des osselets paraît être la longue branche de l'enclume. Sur les 28 cas, on ne l'a trouvée saine que 6 fois. Dans la plupart des cas elle était déjà complètement déformée par la carie.

4° L'élimination complète de l'enclume cariée par des granulations paraît beaucoup plus fréquente ou du moins plus précoce que celle du marteau carié, ce qui tient probablement aux conditions nutritives plus favorables du marteau.

Dans 2 cas de carie des deux osselets, il y avait ankylose osseuse de l'articulation du marteau et de l'enclume. L'auteur ne saurait dire si elle était congénitale ou si elle représentait le résidu d'une inflammation avec carie de l'articulation.

Le début de la carie s'observe le plus souvent : sur le marteau, directement au-dessus du col; sur l'enclume, à l'extrémité de la longue branche.

L'auteur termine son long et intéressant mémoire en examinant les rapports entre la carie des osselets et la perforation de la membrane de Shrapnell et enfin les tableaux otoscopiques typiques dans les cas de carie de l'enclume. D^r A. JOLY.

Diapason et épreuve du diapason, par KIESSELBACH. (*Monatschr. f. Ohrenh.*, 1891, n° 4.)

L'auteur n'admet pas l'explication de Stinbrügge ni celle de

Bezold pour le résultat positif de l'expérience de Weber dans les affections unilatérales de l'oreille moyenne. Dans la transmission par les os, nous avons affaire à deux forces agissant en sens opposé. Si les obstacles dans l'appareil de transmission sont prédominants, le son sera entendu aussi plus faiblement par l'intermédiaire des os; au contraire, nous entendons plus fortement par la conductibilité osseuse, quand l'amélioration de la transmission, l'augmentation de la masse vibrante prédomine. Il s'ensuit que, dans les cas de tuméfaction, le son est en général entendu de la plus mauvaise oreille, précisément parce que, par suite de l'augmentation de la masse vibrante, les conditions pour la propagation du son à la membrane de la fenêtre ovale et à l'étrier sont plus favorables que normalement, même quand il y a rétraction de la membrane du tympan.

De même le relâchement du ligament annulaire, par exemple par paralysie du stapedius, permet de plus fortes excursions, et par suite la perception par conductibilité osseuse est encore ici meilleure du côté malade.

Si au contraire il n'y a ni tuméfaction, ni relâchement du ligament annulaire, on retrouve les mêmes rapports que dans l'oreille normale, c'est-à-dire qu'un obstacle quelconque à la mobilité de l'appareil de transmission, qui affecte l'étrier et le ligament annulaire, détermine un affaiblissement de l'ouïe aussi bien pour la conductibilité aérienne que pour la transmission osseuse. En conséquence le son du diapason appuyé sur le sommet du crâne sera perçu surtout par l'oreille la meilleure pour la transmission aérienne.

D^r A. JOLY.

Emploi du trichlorure d'iode dans les suppurations de l'oreille à l'aide d'une nouvelle seringue antiseptique, par TRAUTMANN (Deutsche med. Wochenschr., 1891, n° 29).

L'auteur recommande le trichlorure d'iode comme désinfectant en injections dans l'oreille, surtout dans les otites moyennes purulantes chroniques avec ou sans carie, puis à la suite de l'extraction du marteau atteint de carie, ainsi que pour les furoncles et abcès déjà ouverts du méat.

Dans le premier cas, si la muqueuse est granuleuse ou enflée ou présente de fortes granulations, il faut auparavant cautériser la muqueuse avec le galvano-cautère ou faire disparaître les granulations avec la curette coupant; vingt-quatre heures plus tard on peut injecter le trichlorure d'iode. Les petites perfora-

tions de la partie supérieure de la membrane du tympan ne sont pas une contre-indication à l'emploi de la solution. L'action est surtout favorable dans les grandes perforations ou quand il ne reste qu'une petite bordure de la membrane; de même dans les cas de fistules osseuses en avant de la membrane tympanique et de grandes destructions osseuses conduisant dans l'apophyse mastoïde.

En présence d'un empyème de l'antre d'Highmore ou d'une affection du nez et du pharynx nasal, le remède est contre-indiqué à cause des symptômes d'irritation qu'il détermine.

Le mode d'emploi est le suivant. On commence par une solution à 1/8 0/0 et l'on monte peu à peu à 1/4, 1/2 0/0, tout au plus à 1 0/0. On n'augmente la concentration que lorsque les douleurs qui se produisent régulièrement après l'injection ne sont pas trop fortes. La solution est préparée chaque fois au moment de s'en servir dans un verre gradué à l'aide d'une solution à 5 0/0. Il faut environ 200 grammes pour désinfecter l'oreille. L'injection peut être renouvelée tous les jours, mais il suffit généralement de le faire tous les quatre jours en employant dans l'intervalle de simples injections d'eau aseptique.

Comme le trichlorure d'iode attaque les métaux, l'auteur se sert d'une seringue en verre à piston d'amiante. La seringue et le piston sont désinfectés à part dans l'eau bouillante.

D^r A. JOLY.

Signes de diagnostic permettant de distinguer l'épithélium olfactif normal et pathologique de l'homme, par SUCHANNEK (*Zeitschr f. Ohrenheilk.*, vol. XXII, 1 et 2, p. 4).

La muqueuse pituitaire normale de l'homme comporte :

1° Une garniture de cils très fins, se distinguant des cils vibratiles ordinaires, faciles à détruire, les cils dits olfactifs.

2° Une bordure protoplasmique périphérique, traversée par des cellules pigmentées et non pigmentées, ainsi que par des noyaux libres en apparence, hyaline, à stries longitudinales, contenant les extrémités des cellules de soutènement et des cellules olfactives.

3° Un développement convenable de la zone des noyaux des cellules de soutènement et notamment de la zone des noyaux des cellules olfactives.

4° La présence d'une rangée de cellules fondamentales, situées directement sur la tunique propre sans cuticule intermédiaire.

5° La présence de pigment dans la tunique propre, lequel entoure en quantité modérée, sous forme d'amas et de fibres les glandes de Bowman sans sécrétion muqueuse et les fibres du nerf olfactif.

Comme la région respiratoire dans le domaine des cornets inférieur et moyen montre aussi parfois, à l'examen superficiel et sous un faible grossissement, une ressemblance indéniable avec l'épithélium olfactif, l'auteur insiste sur les signes du diagnostic différentiel et donne une série d'indications sur les moyens de distinguer l'épithélium olfactif physiologique de l'épithélium olfactif pathologique. Quand les noyaux des cellules fondamentales, au lieu de leur forme arrondie ou ovale dans le sens transversal habituel, montrent une forme ovale allongée ou sont trop serrés, on constate en même temps en ces points une sécrétion muqueuse morbide de l'épithélium olfactif ou sa transformation en épithélium vibratile respiratoire ordinaire à une ou plusieurs rangées. De même la formation d'une cuticule indique déjà le début d'un processus de transformation de l'épithélium olfactif. Une plus forte réplétion des cellules de soulèvement par un pigment à gros grains doit être regardée comme un signe de décrépitude pouvant se manifester prématurément.

Dans la région respiratoire, il n'y a pas de pigmentation de ce genre des cellules. La présence de matière hyaline sous forme de gouttelettes et de masses globulaires se rencontre physiologiquement dans la région olfactive d'individus d'un certain âge, à peu près à partir de 12 à 15 ans. L'épithélium olfactif peut prendre encore dans diverses circonstances un aspect insolite. Le caractère de l'épithélium peut disparaître complètement à la suite d'une émigration abondante de leurs cocytes. Enfin on observe des métaplasies de l'épithélium olfactif en épithélium de transition et même en épithélium pavimenteux, non seulement dans l'ozène, mais encore dans les simples rhinites catarrhales.

D^r A. JOLY.

De la fermeture et de l'ouverture de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, par BECKMANN (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.* Vol. XXII, 1 et 2, p. 83).

Les recherches de l'auteur, aussi bien sur des préparations anatomiques que sur le vivant, l'ont conduit aux résultats suivants relativement au mécanisme de la fermeture et de l'ouver-

ture de l'orifice pharyngien de la trompe. Dans le port normal de la tête, la lèvre postérieure de la trompe ne forme pas avec le pli salpingo-pharyngien, comme on l'admet habituellement, une ligne verticale, mais un angle obtus, ouvert en avant. Ce dernier diminue par la flexion de la tête, tandis que dans son relèvement la lèvre postérieure devient verticale et forme le prolongement rectiligne du pli salpingo-pharyngien. La fermeture de l'orifice de la trompe a lieu uniquement par une traction du pli salpingo-pharyngien dirigée en bas, qui appuie la lèvre postérieure sur le plancher de la trompe.

L'ouverture de la trompe est plus compliquée, mais l'action du pli salpingo-pharyngien intervient encore ici en première ligne, et cela par l'intermédiaire du constricteur supérieur du pharynx et surtout de sa partie supérieure, le muscle ptérygo-pharyngien. La traction du pli salpingo-pharyngien vers la ligne médiane relève la partie du cartilage tubaire sur laquelle il s'attache, l'écarte du plancher de la trompe et ouvre l'orifice tubaire. A cela s'ajoute, comme on sait, l'action du palais. En même temps, par l'action de ces derniers et des muscles pharyngo-palatins, le voile du palais est tendu et tiré vers les parois du pharynx et enfin, par contraction du palato-staphylin, la luette achève de fermer le naso-pharynx. Le rétrécissement du pharynx détermine d'abord une augmentation de la pression de l'air, qui disparaît rapidement par l'échappement de l'air par le nez. Quand la contraction cesse, il y a raréfaction de l'air, qui disparaît rapidement si le nez est perméable, mais qui se traduit par la tension de la membrane du tympan si le nez est fermé.

D^r A. JOLY.

Démonstration d'un petit accumulateur transportable pour la galvano-caustique et l'éclairage, par TRAUTMANN. (*Deutsche militärärztliche Zeitschr.*, 1891, fasc. 6, p. 459,

L'accumulateur transportable présenté par l'auteur à la Société de médecine militaire de Berlin est fabriqué par Émile Braunschweig, de Francfort-sur-le-Mein, et présente divers avantages sur les appareils employés jusqu'ici pour le même but. Dans une petite caisse de bois pesant 11 livres, à couvercle pouvant se fermer et muni d'une poignée pour le transport, se trouve une caisse en caoutchouc durci partagée en 4 compartiments par 3 cloisons. Dans chaque compartiment il y a deux lames négatives et une lame positive (dont la composition est tenue

secrète
silives
sont fix
telle so
à droite
lame in
chons
duire le
ger l'ap
au 1/10
abandon
saturem
le liqui
se fait
peut em
l'un de
tif de l
batterie
coûte 5
bien av
nez et d
Pour
suffit p
accumu
fois pos
sible qu

La ba
par J. M
Un po
de quin
1891.)
Une
Daly. (E
Atres
rhin. A

secrète par le fabricant). Les extrémités polaires des lames positives et négatives dépassent la hauteur des compartiments et sont fixées par des écrous à la lame métallique intercalaire, de telle sorte que les extrémités polaires négatives soient réunies à droite, les positives à gauche dans une vis de pression. La lame intercalaire est munie de trous qui, fermés par des bouchons métalliques, peuvent relier les éléments soit pour produire la lumière, soit pour la galvano-caustique. Avant de charger l'appareil, chaque compartiment est rempli d'acide sulfurique au 1/10; on en verse d'abord 100 centimètres cubes, puis on abandonne l'appareil pendant 3 heures pour que les lames se saturent; on ajoute ensuite 80 centimètres cubes, de façon que le liquide monte jusqu'à la hauteur des lames. Le chargement se fait très facilement à l'aide d'une machine dynamo; mais on peut employer aussi 2 grands éléments Bunsen, situés en arrière l'un de l'autre et dont le pôle positif est relié avec le pôle positif de la batterie, le pôle négatif avec le pôle négatif de la batterie. Le chargement demande 10 à 14 heures. L'appareil coûte 50 marks, il est facilement transportable et convient très bien avec une lampe de 8 volts pour l'éclairage de l'oreille, du nez et du larynx.

Pour l'éclairage par transparence, le petit accumulateur ne suffit pas, il en faut un double avec un rhéostat. Le double accumulateur est du reste préférable parce qu'il peut servir à la fois pour la lumière et la galvano-caustique, ce qui n'est possible que séparément avec le petit appareil.

D^r A. JOLY.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ANGLETERRE

Nez.

La bactériologie en relation avec les affections du nez et de la gorge, par J. Macintyre. (*Journ. of lar. and rhin.*, mai et juin 1891.)

Un polype naso-pharyngien d'une taille inusitée chez une jeune fille de quinze ans, par Norris Wolfenden. (*Journ. of lar. and rhin.*, mai 1891.)

Une méthode facile de tamponnement dans l'épistaxis, par W. H. Daly. (*Brit. med. journ.*, 23 mai 1891.)

Atresie complète du naso-pharynx, par J. M. Rees. (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 19 juin; in *Journ. of lar. and rhin.*, juillet 1891.)

- Coupe microscopique d'une tumeur nasale congénitale enlevée chez une jeune femme de 22 ans, par sir Morell Mackenzie. (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 19 juin; in *Journ. of Lar. and rhin.*, juillet 1891.)
- Un moyen simple pour effectuer le tamponnement dans l'épistaxis, par A. A. Philip. (*Brit. med. journ.*, 18 juillet 1891.)
- Menthol dans la fièvre des foies, par L. Wainwright. (*Brit. med. journ.*, 18 juillet 1891.)
- Deux cas de coryza chez l'homme, par Bannatyne. (*Lancet*, 13 juin 1891.)
- Un cas rare de polype nasal, par Marmaduke Sheild. (*Lancet*, n° 3340, juillet 1891.)
- Aprosexie et mal de tête chez les enfants des écoles, par Gave. (*Congrès intern. d'hyg. et démog.*, Londres, août 1891.)
- Tumeurs du nez et de la gorge, par J. Macintyre. (*Journ. of lar. and rhin.*, octobre 1891.)
- Nouvelle pince nasale, par J. Ward Cousins. (*Brit. med. journ.*, 21 novembre 1891.)
- Polypes du nez, par W. Spencer Watson. (*Med. Soc. of London*, 23 novembre; in *Brit. med. journ.*, 28 novembre 1891.)
- Dilatation du sinus sphénoïdal, par J. J. Clarke. (*Pathol. Soc. of London*, séance du 1^{er} décembre; *Brit. med. journ.*, 12 décembre 1891.)
- Méthode de Lichtwitz pour la ponction exploratrice et irrigation de l'antre d'Highmore par le méat inférieur, par Dundas Grant. (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 27 novembre; *Journ. of lar. and rhin.*, décembre 1891.)
- Un cas de rhinite croupieuse, par Middlemass Hunt. (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 27 novembre; *Journ. of lar. and rhin.*, décembre 1891.)
- Déviation de la cloison nasale, par Mayo Collier. (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 27 novembre; *Journ. of lar. and rhin.*, décembre 1891.)
- Cas d'épithélioma limité au naso-pharynx, par Mac Bride et R. Robertson. (*Brit. med. journ.*, 19 décembre 1891.)
- Végétations adénoïdes du naso-pharynx, par Hatton. (*Staffordshire Branch of the Brit. med. Ass.*, 26 novembre; *Brit. med. journ.*, 19 décembre 1891.)
- Symptômes graves provenant de la rétention d'un écoulement nasal, par Middlemass Hunt. (*Journ. of lar., rhin. and otol.*, janvier 1892.)
- Asthme d'origine nasale, par A. Fronner. (*Leeds and West Riding med. chir. Soc.*, 15 janvier; *Brit. med. journ.*, 30 janvier 1892.)
- Remarques sur quelques cas de végétations adénoïdes, par J. B. Ball. (*Practitioner*, n° 1, janvier 1892.)
- Suppuration de l'antre d'Highmore, par A. Brown Kelly. (*Glasgow med. journ.*, février 1892.)
- Emploi de l'éclairage électrique dans les affections de l'antre d'Highmore, etc., par W. Robertson. (*Journ. of lar., rhin. and otol.*, février, mars, avril et mai 1892.)
- Les maladies des cavités nasales, par Stewart. (*Nottingham med. chir. Soc.* in *Brit. med. journ.*, 6 février 1892.)
- Hydrorrhée nasale, par A. R. Anderson. (*Nottingham med. chir. Soc.* in *Brit. med. journ.*, 6 février 1892.)
- Polype naso-pharyngien, par Jordan Lloyd. (*Birmingham and Midland Counties branch of the Brit. med. Ass.*, 29 janvier; *Brit. med. journ.*, 20 février 1892.)
- Pathologie et diagnostic de la nécrose ethmoïdale, par E. Woakes. (*Brit. med. journ.*, 12 mars 1892.)
- Insufflateur nasal, par W. Gayton. (*Brit. med. journ.*, 12 mars 1892.)
- Asthme d'origine nasale, par H. Drinkwater. (*Brit. med. journ.*, 26 mars 1892.)
- Cas d'empyème de l'antre d'Highmore, avec ozène, par Hunter Mackenzie. (*Brit. med. journ.*, 9 avril 1892.)
- Destruction de la cloison nasale dans le tabès, par Barrs. (*Leeds and*

West Rtd
1892.)
Un cas
par R. B.
Traité
Macedonal
York, 189
Ozène
med. jour
I. Rhin
du nez, d
rhin. As
Syphili
gan. (Br
otol., ma
Hémorri
par Scan
journ., 1
Le nas
1892.)
Epistax
-Massag
rhin. an
Du rhin
1892.)
De l'ép
rapeutiq
L'orga
cellata, p
Etiolog
(Brit. l
otol., au
-Relati
par Ben
Journ. o
Influen
son. (La
Contri
neuse),
1892.)
Absces
chir. jo
Etiolog
Stewart
27-juille
Etiolog
par J. M
in Journ
Traité
nago de
Nottingh
1892.)
Traité
(Brit. n
rhin. an
Douch
Ass. Se
otol., se
Corps
med. ch

West Riding med. chir. Soc., 18 mars; in *Brit. med. journ.*, 9 avril 1892.)

Un cas de syphilis héréditaire tardive du nez, du pharynx et du larynx, par R. Botey. (*Journ. of lar., rhin., otol.*, avril 1892.)

Traité des maladies du nez et des cavités accessoires, par Gréville Macdonald. (2^e édition, Macmillan and Co, éditeurs, Londres et New-York, 1892.)

Ozène et affection de l'antre d'Highmore, par W. Robertson. (*Brit. med. journ.*, 23 avril 1892.)

I. Rhinite hypertrophique accompagnée d'un lupus ancien. II. Lupus du nez, du pharynx et du larynx, par Lennox Browne. (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 23 mars; in *Journ. of lar., rhin. and otol.*, mai 1892.)

Syphilis nasale primitive. Seconde attaque de syphilis, par W. Milligan. (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 25 mars; in *Journ. of lar., rhin. and otol.*, mai 1892.)

Hémorragies des voies aériennes supérieures (nez et naso-pharynx), par Seanes Spicer. (*Harveian Soc. of London*, 21 avril; in *Brit. med. journ.*, 14 mai 1892.)

Le naso-pharynx dans l'influenza, par Nevins. (*Lancet*, 16 avril 1892.)

Epistaxis, par O. Holst. (*Lancet*, 16 avril 1892.)

Massage dans les affections du nez et de la gorge. (*Journ. of lar., rhin. and otol.*, juin 1892.)

Du rhinosclérome, par Story. (*Dublin journ. of med. sciences*, 1^{er} juin 1892.)

De l'épistaxis et du flux hémorrhoidal; leur unité pathogénique et thérapeutique, par A. Harkin. (*Dublin journ. of med. sciences*, juin 1892.)

L'organe de Jacobson chez le macropus gigantis et le petrogale penicellata, par Symington. (*Journ. of anat.*, avril 1892.)

Étiologie des affections des voies aériennes supérieures, par Macintyre. (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 1^{er} juillet; in *Journ. of lar., rhin. and otol.*, août 1892.)

Relations entre les diverses formes de sténose nasale et la surdité, par Bendelack Hewatson. (*Brit. lar. and rhin. Ass.*, 1^{er} juillet; in *Journ. of lar., rhin. and otol.*, août 1892.)

Influence de la sténose nasale sur la santé générale, par Spencer Watson. (*Lancet*, 10 septembre 1892.)

Contribution à la question du croup nasal (rhinite croupeuse et fibrineuse), par J. Sedziak. (*Journ. of lar., rhin. and otol.*, septembre 1892.)

Abcès de l'antre d'Highmore, par J. Middlemass Hunt. (*Liverpool med. chir. journ.*, juillet 1892.)

Étiologie, pathologie et traitement des névroses nasales, par Donald Stewart et A. Bronner. (*Brit. med. Ass. Sect. of lar. Nottingham*, 27 juillet; in *Journ. of lar., rhin. and otol.*, septembre 1892.)

Étiologie, pathologie et traitement du catarrhe du nez et de la gorge, par J. Macintyre. (*Brit. med. Ass. Sect. of lar. Nottingham*, 27 juillet; in *Journ. of lar., rhin. and otol.*, septembre 1892.)

Traitement de l'ozène et des polypes du nez par l'ouverture et le drainage de l'antre d'Highmore, par Robertson. (*Brit. med. Ass. Sect. of lar. Nottingham*, 28 juillet; in *Journ. of lar., rhin. and otol.*, septembre 1892.)

Traitement de l'ozène par l'acide trichloracétique, par A. Bronner. (*Brit. med. Ass., Sect. of lar. Nottingham*, 28 juillet; in *Journ. of lar., rhin. and otol.*, septembre 1892.)

Bouche nasale n'offrant aucun danger, par Dundas Grant. (*Brit. med. Ass. Sect. of lar. Nottingham*, 28 juillet; in *Journ. of lar., rhin. and otol.*, septembre 1892.)

Corps étrangers des voies aériennes, par H. C. Cameron. (*Glasgow med. chir. Soc.*, 1^{er} avril; in *Glasgow med. journ.*, septembre 1892.)

Couteau servant à enlever les éperons de la cloison, par G. W. Major.
(*Brit. med. journ.*, 22 octobre 1892.)

La chirurgie du nez et des cavités accessoires, par Christopher Heath.
(*Brit. med. journ.*, 3 décembre 1892.)

NOUVELLES

Nous sommes très heureux d'annoncer à nos lecteurs que le Dr F. Terrier, bien connu par ses travaux d'otologie, vient d'être nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris.

La *British Medical Association* tiendra sa 61^e réunion annuelle à Newcastle on Tyne les mardi, mercredi, jeudi et vendredi 1^{er}, 2, 3 et 4 août 1893.

Section d'otologie. — Président : H. B. Hewetson; vice-présidents : R. Ellis et A. Bromer; secrétaires honoraires : J. Mackenzie-Brooth, 231, Union Street, Aberdeen et S. Macaulay, 49, Jesmond Road, Newcastle on Tyne.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE.

Congrès international de médecine de Rome en 1893.

Le 13 janvier dernier a eu lieu, chez Marguery, un dîner spécial de l'Association de la presse médicale, sous la présidence de M. le professeur Cornil.

Ce banquet, auquel assistaient les syndics, MM. de Ranse et Cezilly, les membres du conseil judiciaire de l'Association et quinze membres participants, était offert à M. le commandeur professeur Edouard Maragliano, directeur de l'Institut de clinique médicale à l'Université royale de Gènes et secrétaire général du XI^e Congrès international de médecine, venu à Paris pour se mettre en rapport avec l'Association de la presse médicale, au sujet du prochain Congrès qui doit avoir lieu à Rome, du 24 septembre au 1^{er} octobre 1893.

M. le président a présenté M. le professeur Maragliano, qui a répondu en termes des plus flatteurs pour notre pays.

Après discussion, il y a été décidé ce qui suit :

1^o Par les soins de l'Association de la presse médicale, un comité est institué sous la dénomination de « Comité français d'initiative et de propagande pour le Congrès international de Rome en 1893. »

Ce comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation de la France au Congrès de Rome.

2^o Sont nommés membres de ce comité tous les membres de l'Association de la presse médicale présents au dîner du 13 janvier, à savoir : MM. Cornil, président; Cezilly, de Ranse, syndics; Chervin, Chevalereau, Délefosse, Doléris, Gorecki, Gouguenheim, Joffroy, Laborde, Landouzy, Lereboullet, Meyer, Moure, Prenguebar, Ch. Richet; M. Baudouin, secrétaire général.

3^o Le bureau du comité, composé de M. Cornil, président, de Ranse et Cezilly, syndics; Marcel Baudouin, secrétaire, fournira tous les renseignements nécessaires aux intéressés et à toutes les personnes qui désireraient visiter l'Italie en allant assister au Congrès de Rome.

4^o Toutes les communications relatives aux travaux de ce comité doivent être adressées à M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire général de l'Association de la presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Un no
titre de
profes
trois foi

Nous
otologia
lesseurs

La se
america
été orga
sous la
H. Bosw
van (Ne
Glasgow
A. Ledo
(Lima),
C.-E. Sa

La So
pour 189

Présid
Dr Th.

Dr Chabr
La Soc
scientifiq
annexes.

Les con
1^o Etre
d'un dip
des hôpi
médecine
droit d'e
3^o Avo
Les réu
de l'hôte
du soir.

Soci

Rôle du
par GELL
observati
de Lichtw
par MARTI

VIN DE
de l'Acad
voies dig

Bromu
l'Académ
sereux.
mesurant

Un nouveau journal paraîtra à Berlin au printemps prochain, sous le titre de *Archiv für laryngologie et rhinologie*. Notre savant confrère, le professeur B. Fraenkel, est à la tête de cette publication, qui paraîtra trois fois par an et sera éditée chez Hirschwald.

Nous venons de recevoir le premier numéro de l'*Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia* qui paraît sous la direction des professeurs de Rossi, de Rome, et Gradenigo, de Turin.

La section de *laryngologie et rhinologie* du Congrès médical pan-américain, qui se réunira à Washington les 6, 7 et 8 septembre 1893, a été organisée sous la présidence effective du Dr E. Fletcher Ingals; et sous la présidence honoraire des Drs Harrison Allen (Philadelphie), F. H. Bosworth (New-York), J. Solis-Cohen (Philadelphie), D. Bryson Delavan (New-York), J. F. Dixon (Portland), S. Dodge (Halifax), W. G. Glasgow (Saint-Louis), F. J. Knight (Boston), G. M. Lefferts (New-York), A. Ledon (Santa-Clara, Cuba), J. N. Mackenzie (Baltimore), D. Matto (Lima), E. Petit (Santiago), J. O. Roc (Rochester), F. Semeleder (Mexico), C.-E. Sajous (Paris).

La Société de stomatologie de Paris vient de renouveler son bureau pour 1893. Ont été nommés :

Président : Dr Magitot; vice-président : Dr Cruet; secrétaire général, Dr Th. Thomas; secrétaires annuels : Dr Jarre et Bouvet; trésorier, Dr Chabry.

La Société se consacre, suivant les termes de ses statuts, à l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes.

Les conditions d'admission sont les suivantes :

1^{re} Être pourvu du titre de médecin en vertu d'un diplôme français ou d'un diplôme étranger reconnu équivalent par la Société. Être interne des hôpitaux ou hospices français, nommé au concours, ou étudiant en médecine ayant terminé sa scolarité (la loi nouvelle accordant en effet le droit d'exercice à ces deux catégories).

3^{re} Avoir adressé à la Société une demande écrite.

Les réunions ont lieu le 3^e lundi de chaque mois dans l'une des salles de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, à 8 heures et demie du soir.

Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris.

(Ordre du jour de la séance du 3 février) :

Rôle du traumatisme dans la production des déformations du septum, par GELLÉ. — Corps étranger du conduit. Réflexes, par BONNIER. — Une observation de voix eunucoïde, par MARTIN. — Rapport sur un mémoire de Lichtwitz, par SAINT-HILAIRE. — Rapport sur un mémoire de Moura, par MARTIN.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée.) — Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUXES THOMAS

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

I. Datos sobre el tratamiento del cancer laringeo (Traitement du cancer du larynx). — II. El histerismo y las zonas histerogenas des la mucosa nasal (L'hystérie et les zones hystérogènes de la muqueuse nasale), par J. ROQUER CASADESUS (Extrait de la *Rev. de lar.*, 1892).

The medical treatment of acute Tonsillitis and Pharyngitis; a comparative Study based on one hundred and sixty nine cases (Traitement médical de l'amygdale et de la pharyngite aiguës; étude comparée basée sur cent soixante-neuf cas), par J. E. NEWCOMB (Extrait de *The Journ. of the Amer. med. Ass.*, 10 décembre 1892).

A case of abductor Paralysis of both. Vocal Cords (Un cas de paralysie bilatérale des abducteurs de la glotte), par J. WRIGHT (Extrait du *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 8 octobre 1892).

A case of fibrom epithelioma at the Root of the Tongue (Un cas d'épithélioma fibreux de la base de la langue), par J. WRIGHT (Extrait du *N. York med. Journ.*, 12 novembre 1892).

Skiophtikon Demonstrationen von Präparaten des Obres, der Stirnhöhle, der Highmorshöhle und der Nasenscheidewand (Démonstration à l'aide du skiophtikon de préparations de l'oreille, du sinus frontal, de l'autre d'Higmore et de la cloison nasale), par A. HARTMANN (Tirage à part de la *Berl. klin. Woch.*, n° 3, 1893).

A case of mastoid disease following and operation for the removal of adenoid vegetations (Un cas d'affection mastoïdienne consécutive à une opération de végétations adénoïdes), par GORHAM BACON (Extrait des *Transactions of the Amer. otol. Soc.*, 1892).

Des affections de l'œil et de l'oreille, par L. COUETOUX (Extrait des *Annales d'oculistique*, décembre 1892).

Syndrôme de Ménière. Agoraphobie. Signe de Romberg dans la maladie de Bright), par P. BONNIER (Extrait du *Progrès méd.*, 1893).

Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès péri-amygdaliens, par A. RUULT (Extrait du *Mercredi méd.*, janvier 1893).

Le Gérant : G. MASSON.

PAGES 193-196, NOT AVAIL

NOT AVAILABLE FOR PHOTOGRAPHING